FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921

THESE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

La Douche filiforme

Agent thérapeutique, par action directe et par action reflexe d'un certain nombre de dermatoses

PRURITS - ACNÉS - SEBORRHÉE - COUPEROSE
LICHENS - PSORIASIS & ECZÉMAS CHRONIQUES
LUPUS, etc...

Par le Docteur A. NOËL

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES
7, Rue de Valois, 7

—

1921

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1921 —

THESE

N° 502

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

La Douche filiforme

Agent thérapeutique, par action directe et par action reflexe d'un certain nombre de dermatoses

PRURITS - ACNÉS - SEBORRHÉE - COUPEROSE
LICHENS - PSORIASIS & ECZÉMAS CHRONIQUES
LUPUS, etc...

Par le Docteur A. NOËL

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

PARIS
ÉDITIONS MÉDICALES
7, Rue de Valois, 7

—

1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER

		MM.
Anatomie descriptive		NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale		CUNÉO.
Histologie		PRENANT.
Anatomie pathologique		LETULLE.
Chimie		DESGREZ.
Physique		André BROCA.
Parasitologie		BRUMPT.
Bactériologie		BESANÇON.
Physiologie		RICHET.
Pathologie expérimentale		ROGER.
Pathologie et thérapeutique générales		Marcel LABBÉ.
Pathologie externe		LECÈNE.
Pathologie interne		RENON.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		CARNOT.
Opérations et appareils		Pierre DUVAL.
Hygiène		Léon BERNARD.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine		MÉNÉTRIER.
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu	GILBERT.
	Beaujon	CHAUFFARD.
	Cochin	WIDAL.
	Saint-Antoine	ACHARD.
Clinique thérapeutique de la Pitié		VAQUEZ.
Clinique chirurgicale	Hôtel Dieu	HARTMANN.
	Saint-Antoine	LEJARS.
	Cochin	DELBET.
	Salpêtrière	GOSSET.
Clinique obstétricale	Tarnier	BAR.
	Baudelocque	COUVELAIRE.
	Pitié	BRINDEAU.
Clinique des maladies cutanées et syphylitiques		JEANSELME.
— des maladies infectieuses		TEISSIER.
— des maladies nerveuses		P. MARIE.
— des maladies mentales		DUPRÉ.
— infantile médicale		NOBÉCOURT.
— d'hygiène de la première enfance		MARFAN.
— infantile chirurgicale		Auguste BROCA.
— des voies urinaires		LEGUEU.
— gynécologique		FAURE.
— ophtalmologique		DE LAPERSONNE.
— oto-rhino-laryngologique		SEBILLEAU.
Physiologie appliquée à l'éducation physique		LANGLOIS, agrégé.
Stomatologie		FREY.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.	DESMARETS.	LAIGNEL-LAVASTI	PHILIBERT
ALGLAVE.	DUVOIR.	LARDENNOIS.	RATHERY.
BASSET.	FIESSINGER.	LE LORIER.	RETTERER.
BAUDUIN.	GARNIER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BLANCHETIÈRE.	GOUGEROT:	LEREBOUILLET.	RICHAUD.
BRANCA.	GUENIOT.	LEQUEUX.	ROUSSY.
CAMUS (J.).	GUILLAIN.	LERI.	ROUVIÈRE.
CHEVASSU.	GUILLEMINOT.	LÉVY-JOLAL.	SCHWARTZ.
CHAMPY.	GRÉGOIRE.	MATHIEU.	TANON.
CHIRAY.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CLERC.	JEANNIN.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
DEBR.	JOYEUX.	MULON.	VILLARET.
	LABBÉ (H.).	OKINCZYC.	

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEANSELME

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE
DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILIQUES
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui nous a fait l'honneur
de bien vouloir présider notre thèse.

A S. N. et J. N.

A MES PARENTS

A la mémoire de mes Amis,
les Drs BAILLEUL et BECK, tués à l'ennemi.
Au Docteur François FRANCK
Professeur au Collège de France
et a Madame François FRANCK

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

MM. les Drs HUCHARD (in memoriam).
Pr. ROGER, Doyen de la Faculté de Médecine.
Dr. agrégé TUFFIER.

Externat :

MM. les Pr. agrégé MORESTIN (in memoriam).
Dr. OETTINGER.
Pr. CHAUFFARD.
Dr. MOSNY (in memoriam).

Internat provisoire :

MM. les Dr. BENSAUDE, CLAISSE, GUINON, RAVAUT
Dr P. E. WEIL, OULMONT (in memoriam).
Pr. agrégé JOUSSET.

Internat :

MM. les Pr. JEANSELME.
Dr. ROBINEAU.
Dr. BROCQ.
Dr. MAILLARD.

A MES MAITRES ET A MES AMIS :

MM. les Prs. LECENE et LEJARS.
Prs. agrégés CASTAIGNE N. FIESSINGER. GOUGEROT, GUILLAIN.

MM. les Drs. CAPETTE, DE MASSARY, SERGENT, Cl. VINCENT, WIART, Médecins et chirurgiens des Hôpitaux :
MM. les Drs. BROUSSE, DESAUX, MADIER. DE MARTEL, MERY, VAUDESCAL,

Monsieur le Docteur BROCQ est pour nous, non seulement, le maître précis dans son enseignement, aux vues générales si lumineuses, que des générations de dermatologistes français et étrangers sont venues écouter en foule, mais encore le « patron » au sens latin du mot, sensible et bon, dont l'affection si souvent manifestée à notre égard n'a pas trouvé un ingrat : qu'il nous permette de lui dire ici toute notre très grande admiration, respectueuse et reconnaissante.

C'est grâce au Docteur Brocq que nous avons pu traiter de nombreux malades à l'Hôpital Saint-Louis. L'appareil était installé dans son service, et les malades, pour la plupart, nous ont été confiés par lui et traités sous sa surveillance.

PLAN GÉNÉRAL

INTRODUCTION

CHAPITRE I : Historique des travaux antérieurs.

CHAPITRE II : Historique des appareils.
Appareil d'Hôpital actuel.
Appareil personnel.
Quelques règles générales de technique instrumentale et de psychologie des malades, pour la conduite du traitement par la douche filiforme.

CHAPITRE III : Mode d'action :

A : Exposé physiologique.

B : Exposé physique. *a*) Distance de l'orifice du jet à la surface traitée.
b) Chaleur de l'eau.
c) Direction du jet.
d) Diamètre de l'orifice filiforme.
e) Pression et temps d'application.

C : Effet à distance sur le système nerveux.

CHAPITRE IV : Indications.

Classe I : Indications de choix :

A) Observations de prurit.
Conclusions

B) Observations de séborrhée et d'acné vulgaire.
Conclusions

C) Observations de couperose et d'acné rosacée.
Conclusions

D) Observations d'acné papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face.
Conclusions

Classe II : Dermatoses dans lesquelles on peut employer la douche filiforme, quand les autres procédés ont échoué.

A) Observations de lichen plan chronique.
Conclusions

B) Observations d'eczéma, psoriasis, parakeratose psoriasiforme chronique.
Conclusions

Classe III : Dermatoses dans lesquelles la douche filiforme bien employée peut donner d'emblée des succès, ou tout au moins rendre de grands services en dégrossissant les lésions.

A) Observations de lupus vulgaire.
Conclusions

B) Observations de lupus erythémateux fixe.
Conclusions

Classe IV : Dermatoses variées:

Observations de nœvi, verrue plane, chéloïde:
Traitement de la sclérodermie. Hyperdrose. Pelade, etc.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

La Douche Filiforme

INTRODUCTION

« *Je crois bien que l'idée de traiter certaines dermatoses par la douche filiforme m'appartient en propre* ». Ainsi commence l'article du Docteur Veyrières de La Bourboule paru en 1913 dans la *Gazette des Eaux* (1).

Ecrivant cette phrase au début de notre travail, nous ne voulons que rendre un juste hommage à celui qui nous aida au début de nos recherches. Le Dr Veyrières, esprit curieux de tout progrès, suivit avec intérêt l'extension que nous avons cherché à donner à cette méthode thérapeutique dont il avait jeté les premières bases.

Qu'ici même il trouve l'expression de nos remerciements les plus sincères pour le fruit que nous avons retiré de sa conversation pleine d'aperçus originaux, et le secours qu'il nous a apporté dans nos travaux.

Au cours de ce travail, après un court exposé historique des publications antérieures, nous ne citerons plus, ni le Dr Veyrières, ni les autres auteurs qui ont utilisé avant nous la douche filiforme.

Notre technique nous est bien personnelle, et nous essaierons de la détailler le plus possible. Dans les publications antérieures — à part l'article que nous avons publié avec Desaux (2), aucune précision n'est donnée pour les pressions à employer, pour les temps d'application, pour le nombre des séances, pour les

---

(1) Dr Veyrières : Emploi de la Douche filiforme dans le traitement de certaines dermatoses. — *Gazette des Eaux*, 1913.

(2) Desaux et Noël. La Douche filiforme : *Annales de Dermatologie* juin 1921.

lésions obtenues, et vraiment, en les lisant, on ne peut se faire qu'une idée bien vague de la méthode.

Ajoutons, qu'à part une observation de Desaux (verrues planes), toutes les observations que nous rapportons nous sont personnelles, et les malades n'ont été traités que par nous. Le choix que nous avons été obligé de faire, parmi les nombreux malades qui nous ont été confiés, n'a été dirigé que par le souci de mettre en lumière les indications essentielles et la conduite de la douche filibrome.

CHAPITRE I

Historique des travaux parus sur la douche filiforme en dermatologie

Ils sont peu nombreux.

L'article du Dr Veyrières en 1913 (1), est une brève énumération des premiers essais thérapeutiques ; un exposé succinct de la théorie de la douche « curette intelligente » et de la douche-massage, et une prescription des appareils alors employés complète ce travail, le premier en date sur cette question spéciale de la douche filiforme dans le traitement des dermatoses.

En 1914 furent présentés à la Société de Dermatologie, par MM. Pautrier, Belot, Simon, Desaux et Veyrières, quelques malades traités par la douche filiforme dans le service du Dr Brocq (2).

En décembre 1920 et en mai 1921, MM. Veyrières et Feyreyrolles (3) conseillent la douche filiforme dans un certain nombre de dermatoses et donnent le résultat de leur pratique.

Enfin en juin 1921, dans un article fait en collaboration avec Desaux (4), nous avons précisé quelques-uns

---

(1) Veyrières (loc. cit.).

(2) Pautrier, Veyrières et Desaux, la Douche filiforme et thérapeuthique dermalogique. *Bulletin de la Société dermatologi*, 20 avril 1914.

(3) Veyrières et Ferreyrolles : Traitement des psoriasiques : *Journal de Médecine et de Chirurgie.* pratiques décembre 1920.

Veyrières et Ferreyolles : Quelques médicaments utiles en dermatologie. *Bulletin médical*, 1921, nos 17 et 20.

Veyrières et Ferreyolles : Traitement externe de quelques dermatoses : *Gazette des Hôpitaux*, mai 1921, n° 40.

Veyrières et Feyrreyolles : La douche filiforme en dermatologie: *Annales de dermatologie*, 1921, 6e série, tôme II, n° 4.

(4) Desaux et Noel : La douche filiforme en dermatologie : *Annales de dermatologie*, juin 1921.

des travaux faits par nous, avant et après la guerre, dans le service de notre maître le Dr Brocq, à l'Hôpital Saint-Louis.

La douche filibrome ou aquapuncture a été inventée à la suite de la découverte de la seringue par Pravaz, en 1853. Une grande discussion eut lieu, à cette époque, entre Wooh, d'Edimbourg, et Béhier, pour décider si les piqures anesthésiantes devaient se faire localement, — la solution agissant comme un topique sur l'élément douleur, — où à distance, l'effet sédatif étant dû à la seule absorption du principe médicamenteux.

On injecta alors, nous dit Cambus (1) toute la pharmacopée. Les résultats thérapeutiques ne variant pas avec les médicaments, on se mit à injecter de l'eau, et Dienlafoy, alors interne de Potain à Neker (1869), eut ainsi des résultats merveilleux dans le traitement des névralgies.

C'est donc que l'action locale, et qui plus est, l'action purement mécanique joue un grand rôle dans l'effet sédatif des injections ; c'est par la distension des aréoles du tissu conjonctif sous-cutané que l'eau agit sur les filets nerveux en les tiraillant, — et calme la douleur. Alors on injecta de l'eau (1 à 5 centimètres cubes sous forte pression), et Mathieu construisit un appareil que Guérard présenta à l'Académie de Médecine en 1865.

L'aquapuncture ou douche filiforme était née. Elle ne fut employée à son origine que contre les névralgies, rhumatismes, incontinence d'urine, spermatorrhée, et ne mériterait pas, au titre de ses indications d'alors, de retenir notre attention dans ce travail, si, personnelle-

(1) Cambus (thèse Montpellier 1877).

ment nous n'avions trouvé, dans ces vieux auteurs (1), l'ébauche de notre théorie nerveuse de l'action de la douche filiforme dans la thérapeutique de quelques dermatoses (ainsi que nous l'exposerons plus loin).

---

(1) Hekimian, thèse Paris 1872.
Servazan, thèse Paris 1872.
Cambus, thèse Montpellier 1877.

CHAPITRE II

Historique des Appareils

Le Docteur Veyrières avait d'abord utilisé, pour donner ses douches filiformes, la canalisation de l'établissement thermal de la Bourboule, dans laquelle la pression est de 5 à 6 atmosphères, nous dit-il. — « Mais l'installation de la Bourboule étant branchée sur la conduite qui alimente tout le service de pulvérisation et de humages, il nous était à peu près impossible de faire varier la pression et la température. » (Gazette des Eaux 1913).

Même affirmation dans un article paru en décembre 1920 dans le Journal de médecine et de chirurgie pratique, sur le traitement du psoriasis. (1) Parlant en quelques lignes de la douche filiforme, les auteurs disent employer « un jet de 3 millimètres de diamètre avec la pression que l'on a à la Bourboule dans les cabinets de bains, environ 1 kilo. Nous croyons, disent-ils, qu'il serait utile de modifier la pression suivant les cas. L'installation de la Bourboule ne le permet pas encore. »

Un premier appareil à fonctionnement autonome, à pression et à température variables, à jet filiforme, fut installé en 1902 à l'hôpital Broca, dans le service du Dr Brocq. » Son manque de robustesse, nous dit le Dr Veyrières, ne lui permit qu'une trop courte existence. »

Un deuxième appareil, construit en 1913 pour l'hôpital Saint-Louis, ne dura guère plus. Il était d'ailleurs compliqué, se détraquait facilement, était fatiguant à

(1) Veyrières et Ferreyrolles. — Traitement du psoriasis. (Jour· de méd. et de chir. prat. Décembre 1920.

utiliser, exigeant la manœuvre d'une pompe à main pour comprimer l'air. (1)

C'est avec cet appareil que furent faits en 1913 quelques essais thérapeutiques publiés à la Société de Dermatologie par Pautrier, Veyrières et Desaux en avril 1914.

En mai 1914 fut enfin installé l'appareil qui fonctionne actuellement dans le service du Dr Brocq à l'hôpital Saint-Louis, et que nous avons utilisé pour nos recherches concurremment avec un petit appareil personnel que nous décrirons aussi (2).

L'appareil actuellement en usage dans le service du Docteur Brocq à l'hôpital Saint-Louis, est installé dans une salle de bains, dont le sol et les murs jusqu'à hauteur d'homme, sont carrelés. Il comprend :

1°) *Un chauffe-bain* ordinaire qui fournit l'eau à la température voulue, relié par une canalisation à :

2°) *Un grand cylindre* métallique hermétiquement clos, construit de façon à supporter les fortes pressions, d'une capacité de 100 litres environ. Ce cylindre-réservoir est muni de deux robinets à soupape : l'un commandant l'arrivée de l'eau du chauffe-bain, l'autre l'arrivée de l'air comprimé. Les soupapes empêchent tout refoulement. Deux robinets sans soupapes servent : l'un, à vider l'appareil après utilisation, l'autre à commander la lance de la douche.

A ce cylindre sont adjoints :

---

(1) Ces deux appareils ont été décrits par le Dr Veyrières. Gazette des Eaux 1913, et dans le Bullet. de la Soc. de dermatologie 1914, p. 330.

(2) Les malades que nous avons traités venaient pour la plupart du service du Dr Brocq. Quelques-uns nous ont été confiés par d'autres médecins de Saint-Louis ou de Broca. M. le Dr Hudelo s'est tout particulièrement intéressé à nos travaux et nous l'en remercions ici très vivement.

Un viseur niveau d'eau qui permet de contrôler à tous moments la quantité d'eau contenue dans le réservoir ;

Un thermomètre qui donne la température de cette eau ;

Un manomètre, enregistreur de la pression à l'intérieur du cylindre ;

Enfin une soupape de sûreté règlée pour une pression de dix kilos.

3°) *Un moteur électrique* actionne une pompe pour comprimer l'air dans le cylindre-réservoir ;

4°) La douche est donnée au moyen d'un *tuyau de caoutchouc* renforcé ; l'orifice terminal est percé dans une pierre dure (rubis), enchâssée dans une monture métallique facilement interchangeable. Il y a 2 diamètres différents : 1/2 $^{m}/^{m}$, et 1 $^{m}/^{m}$ de diamètre.

Mode d'emploi : On allume le chauffe-bain et on emplit le réservoir de la quantité d'eau nécessaire à la température voulue. On ferme alors le robinet d'admission d'eau dans le cylindre réservoir et l'on met en marche le moteur qui comprime l'air restant dans le cylindre, à la pression désirée ; cette pression est indiquée au manomètre. On ouvre enfin le robinet commandant la lance.

Mais à côté de cet appareil d'hôpital, bruyant par son moteur compresseur d'air, encombrant par son réservoir d'eau, nécessaire cependant quand on a de nombreux malades à traiter en série, il y a place pour de plus petits modèles.

Guesnier a construit, pour Payenville de Rouen, un appareil dont l'ensemble occupe un mètre de long, sur $0^{m}20$ de large et $0^{m}75$ de haut. Le cylindre-réservoir

vertical monté sur trois pieds a une contenance de 15 litres environ. Thermomètre, manomètre, soupape, lance de la douche, sont semblables à ceux du grand modèle. Le moteur compresseur d'air est remplacé par une bouteille d'air comprimé dont on règle le débit (contrôlé par le manomètre), par une vis commandant l'entrée de l'air dans le cylindre. L'eau est chauffée dans un récipient hermétiquement clos qui est en communication avec le cylindre par une double canalisation, et peut donc maintenir cette eau à une température constante, la refroidir ou la réchauffer selon les besoins.

Nous n'avons pas trouvé d'avantages à compliquer une installation que l'on doit chercher à faire la moins encombrante possible. Aussi avons-nous supprimé le mélangeur réchauffeur d'eau et toute sa canalisation de jonction avec le cylindre réservoir.

Notre installation personnelle est logée dans le coin d'une petite pièce entièrement carrelée; le cylindre réservoir est placé sur une petite sellette de $0^{m}50$ de large, la bouteille d'air comprimé dessous. Pour remplir d'eau notre récipient, nous ajustons au robinet d'un petit chauffe-bain, un tube de caoutchouc, et nous laissons couler l'eau par la bonde de notre cylindre, surveillant au thermomètre la chaleur de l'eau. La durée d'une séance est trop courte pour que l'eau ait le temps de se refroidir dans le cylindre dont les parois sont épaisses, et conservent bien la chaleur. Notre expérience nous a, d'ailleurs, fait adopter une température moyenne de 45° à 50°, pour tous nos traitements, quels qu'ils soient. L'utilisation des températures de 50° à 55°, n'est intéressante que dans le prurit, et encore ?

Signalons les installations de douche filiforme dont

nous connaissons l'existence. En dehors de celles des établissements thermaux de La Bourboule, Uriage, La Roche-Posay, installée sur nos conseils, à Rouen, chez Payenville, et A. Buenos-Ayres. Enfin le Dr de Vriéze, de Java, et le Dr Colombain à Marseille, vont installer, sur nos conseils, de petits appareils.

Il nous reste à parler des quelques précautions nécessaires à prendre pour le malade et le médecin, afin qu'ils ne soient pas mouillés.

Pour le médecin, tout vêtement impérméable montant jusqu'au cou et protégeant les jambes, avec caoutchoucs aux pieds, peut suffire ; des gants de caoutchouc ou les bras nus à volonté, et un bonnet de caoutchouc, si l'on veut, pour la tête ; des lunettes sont nécessaires.

Suivant les régions à traiter, on déshabillera complètement le malade (thorax, ventre, dos) ou on isolera simplement la partie malade (tête et membres) ; protégeant le reste du corps avec un vêtement imperméable strictement fermé.

Les traitements, suivant le siège des lésions, seront faits, le malade assis, ou couché. Exceptionnellement nous avons eu recours à l'anesthésie soit générale, soit locale. Car, il faut le dire, si la méthode n'est pas très agréable, elle est à peine douloureuse, même lorsqu'on va jusqu'au curettage profond comme dans les lupus vulgaires. Dans certains cas, même, elle est anesthésiante. Nous avons traité une petite fille de 12 ans qui présentait de grosses chéloïdes sur la poitrine, chéloïdes douloureuses au moindre attouchement ; or, elle supportait des pressions de 7, 8 et 9 atmosphères sans aucune douleur et nous avons obtenu cependant la destruction du tissu chéloïdien. Nous conseillons

donc l'anesthésie uniquement chez les enfants, les personnes par trop pusillanimes.

A condition de ne pas brusquer le malade dès la première séance, d'utiliser d'abord de faibles pressions, et pendant de courts instants, on arrive très rapidement dès la 2e ou 3e séance au plus, à appliquer le traitement avec toute la rigueur nécessaire.

Voici quelles sont nos règles générales dans la conduite d'un traitement. Nous expliquons toujours au malade, succinctement, l'action de la douche filiforme et ce que nous cherchons à obtenir dans son cas.

La première séance est courte et nous n'employons pas d'emblée la pression maxima nécessaire à la cure, si nous sentons que le malade est émotif ou nerveux : dans ce cas, nous cherchons d'abord, à l'habituer à l'idée de ce traitement avant de l'entraîner à le supporter.

Plus ou moins rapidement et généralement en deux séances, les malades les plus craintifs sont apprivoisés ; nous augmentons la pression, jusqu'à la limite nécessaire et nous la maintenons d'abord pendant quelques secondes seulement, puis plus longuement. Toujours nous fractionnons en plusieurs applications de courte durée nos séances, nous laissant diriger pour faire nos intervalles de repos, et sur la nécessité qu'il y a de surveiller l'action de la douche, et sur la façon dont le malade supporte le traitement.

Le malade doit être soigneusement étudié dans ses réactions à la douche, tant au point de vue de son état moral que de ses réactions locales et de ses réactions générales. Nous développerons plus loin ce qu'il faut entendre par là.

En règle générale, avant chaque séance, on cherchera à se rendre compte de l'état de résistance physique et psychique de chaque malade : à un sujet déprimé, fatigué, on ne fera pas de douche, ou une douche de courte durée. On attendra pour faire des séances plus longues, de savoir comment il a supporté la douche précédente.

Enfin, nous avons l'habitude de prévenir nos malades de l'apparition possible de symptômes généraux; mais nous évitons le plus possible de leur en suggestionner l'idée, restant toujours dans des termes très vagues et imprécis « ces séances de douche fatiguent parfois; ne vous inquiétez pas de ce que vous pourrez ressentir pendant 24 heures », afin de les rassurer si cette éventualité se produit.

CHAPITRE III

Mode d'action

A) *Exposé physiologique* :

Quand nous avons commencé à nous servir de la douche filiforme installée dans le service de notre maître M. le Dr Brocq, nous n'avions aucune idée préconçue. Ceux qui nous avaient précédés dans l'utilisation de ce mode thérapeutique s'en servaient seulement comme d'un agent physique à action locale. Le Dr Veyrières avait baptisé la douche filiforme « une curette intelligente » ayant constaté qu'à forte pression elle détruisait électivement les tissus malades dans le lupus vulgaire, l'acné juvénile, l'acné rosacée, etc.

A une pression moins forte elle avait aussi été utilisée pour faire une sorte de massage des tissus, provoquant une congestion locale et une modification des excrétions de l'épiderme, par exemple dans l'acné séborrhéique, dans la couperose, et aussi dans certains eczémas et psoriasis chroniques, dans les prurits avec lichénification.

Les pressions utilisées par le Dr Veyrières ne dépassaient pas 5 à 6 atmosphères, à la Bourboule (bien qu'il ait prévu la nécessité de pressions plus fortes dans certains cas). Dans le service du Dr Brocq nos prédécesseurs n'ont que tout à fait exceptionnellement dépassé ce chiffre. *L'excoriation des tissus étaient assez timidement recherchée* (sauf dans le lupus, et certains lichens chroniques).

Notre pratique de la douche filiforme nous a fait au contraire, et très vite, rechercher l'excoriation systématique de tout tissu malade, et nous augmentons notre

pression jusqu'à obtenir ce résultat, allant jusqu'à 7, 8 et 9 atmosphères de pression quand cela est nécessaire.

C'est probablement parce qu'ils utilisaient de trop faibles pressions que nos prédécesseurs ont eu des insuccès ou des aggravations des dermatoses traitées par eux. Jamais, pour notre part, nous n'avons eu de poussées d'eczématisation, de réactions inflammatoires à la suite des séances de douche filiforme, quand nous avons utilisé des pressions suffisantes. (1)

Nous avons constaté d'autre part, en employant la douche comme procédé de massage, la supériorité de son action sur celle qu'on obtient par le massage manuel. La douche excite la vitalité de l'épiderme sans le distendre, à cause de son très petit point d'application; sa grosse pression permet d'atteindre avec plus de puissance les régions profondes du derme : elle provoque une vasodilatation intense des vaisseaux sous-cutanés ; elle exprime les glandes pilo-sébacées directement, et non par l'intermédiaire des tissus avoisinants. Quand il s'agit de glandes infectées, ou de papulo-pustules, celles-ci sont détergées, et la douche ne détruisant que le tissu malade, ne traumatise point les tissus sains avoisinants, comme fait le massage, quand il cherche à vider les pustules d'acné.

Enfin la douche filiforme agit nettement sur les filets nerveux terminaux. En effet, en employant de hautes pressions, nous avons pu constater qu'elles déclanchaient, dans certains cas, des phénomènes généraux que nous avions d'abord simplement notés ; mais

(1) Nos prédécesseurs avaient remarqué que la douche facilitait l'absorption par les téguments des substances médicamenteuses déposées sur la région traitée. Il faut rapprocher de ces faits, l'action des douches aux eaux minérales. Peut-être les douches données à la Bourboule, par exemple, à Uriage ou à La Roche Posay agissent non seulement par action mécanique, mais aussi en vertu des propriétés particulières des eaux.

leur apparition, coïncidant avec l'amélioration rapide et parfois même surprenante des lésions, s'étant répétée, nous avons été amenés. par la constatation pure et simple des faits, à démontrer : que non seulement la douche agissait par la pression seule de sa fine colonne liquide (action locale, soit destructive des tissus malades, soit agissant à la façon d'un massage très limité), mais encore qu'elle avait une action à distance des plus nettes par le choc vibratoire de ses molécules d'eau sous pression (donnant naissance à des phénomènes électriques ?).

Ce choc vibratoire est transmis, par les terminaisons nerveuses cutanées qu'il excite, au système nerveux sympathique.

L'action de la douche sur le grand sympathique est démontrée d'une part localement, par des modifications durables, nerveuses, vaso-motrices et sécrétoires (cf. observation de prurits, d'acné séborrhéique, d'acné couperosique) ; d'autre part, on constate l'apparition d'un ensemble de troubles fonctionnels transitoires des organes dont le sympathique régularise le jeu. (Nous développerons plus loin ce point : Cf. Effets à distance sur le système nerveux. Conclusions générales du traitement des prurits, des acnés séborrhéiques.)

Cette action nerveuse que nous invoquerons, cadre d'ailleurs très bien avec les théories de notre maître M. le Dr Brocq, sur l'importance des troubles du système nerveux dans la genèse des réactions cutanées. Il est tout naturel qu'en agissant sur le système nerveux par notre douche, nous arrivions à modifier et à guérir ces dermatoses, plus rapidement que par tout autre action à effet seulement local.

B) *Exposé physique* :

Mais d'abord voyons les différents facteurs qui entrent

en action dans la douche filiforme.

Nous utilisons une veine liquide plus ou moins chaude, plus ou moins fine, sous pression plus ou moins forte, à une certaine distance de son orifice de sortie, pendant un laps de temps variable. Les variations de ces différents facteurs ne sont pas également importantes.

A) *Distance de l'orifice du jet à la surface traitée.*

La distance de l'orifice de sortie de l'eau à la région sur laquelle on dirige le jet influe sur le choc reçu par les téguments. L'élasticité ou la rigidité du conduit de caoutchouc, les coudures qu'il subit, absorbent déjà une partie de cette pression ; plus on éloigne la lance de la région à traiter, plus grande est cette perte de pression. En outre la veine liquide change de forme dans son trajet de l'orifice filiforme à la peau. A la sortie du jet elle est en vrille. Plus loin, elle forme une colonne régulière, plus loin encore elle s'élargit en forme d'entonnoir. *Une distance à la peau de 15 à 20 centim.*, nous a paru être la meilleure. c'est-à-dire qu'on utilise la partie cylindrique régulière de la veine liquide.

B) *Chaleur de l'eau.* — La chaleur de l'eau ne nous a pas paru avoir une grosse importance dans le traitement de n'importe laquelle des affections que nous avons traitées. Nous restons toujours *dans les limites de 38° à 48°*, — sauf peut-être dans les prurits où nous cherchons à utiliser la plus forte température supportée par le malade (50 à 60°) — Il faut compter naturellement, avec les sensibilités individuelles à la chaleur, très différentes suivant chaque malade.

C). *Direction du jet.* — En général, *le jet doit être perpendiculaire* à la région traitée, pour agir avec le

maximum de sa puissance de choc. Dans certains cas cependant, nous le dirigeons obliquement, par exemple sur les papules du lichen ; après les avoir en un premier temps frappées perpendiculairement, et avoir provoqué la vésiculation hémorrhagique, nous la décappons par un jet oblique.

D) *Diamètre de l'orifice filiforme.* — Le diamètre de l'orifice filiforme varie entre 1/4, 1/2 et 1 millimètre. — Nous avouons n'avoir trouvé aucun avantage à employer le 1/4 de millimètre. — *Le 1/2 millim. est dans la grande majorité des cas le diamètre optimum.* Nous n'employons le millimètre de diamètre avec de grosses pressions que dans les acnès séborrhéiques et surtout les séborrhées, dans les pelades, et quelquefois les prurits, quand nous voulons agir profondément autant sur les téguments eux-mêmes et les vaisseaux et glandes, que sur les houppes nerveuses terminales, Nous cherchons dans ces cas, soit à modifier l'ensemble des tissus par un massage, soit à provoquer une réaction générale par un mécanisme de nature réflexe. Nous avons aussi recherché et obtenu les mêmes effets en faisant varier la pression, avec le 1/2 millimètre de diamètre.

E). *Pression et temps d'application.* — C'est donc la pression surtout et le temps d'application sur chaque point qu'il faut savoir faire varier avec discernement. Veut-on produire un effet destructeur ? Il faudra progressivement monter sa pression jusqu'à ce qu'on obtienne le résultat cherché. Suivant les cas, 5 atmosphères de pression pourront être suffisantes, ou au contraire, il faudra aller jusqu'à 7, 8, et 9 atmosphères. Le temps d'application de la douche sur chaque point étant en général assez court. (Quelques secondes).

Veut-on surtout agir sur l'ensemble des éléments de l'épiderme et du derme, la pression nécessaire sera en règle générale moins élevée, mais le temps d'application plus long (quelques minutes).

Quant au 3me effet de la douche filiforme, effet à distance sur le système nerveux, nous ne pouvons donner de modus faciendi bien précis pour l'obtenir.

Les réactions nerveuses de chaque malade sont très variables et variables aussi suivant les jours. Tel réagira seulement à une séance de 8 à 9 atmosphères de pression, et à 7 atmosphères à une autre séance. Chez tel autre, on déclanchera tout un ensemble de réflexes nerveux avec seulement 5 atmosphères. Nous n'avons donc pu provoquer à volonté ces réactions générales. Nous ne prétendons pas agir à coup sûr, et répondons d'avance à la critique qu'on pourrait nous faire en compulsant nos observations que nous n'avons mentionné que les cas heureux. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ces réactions générales ont été assez fréquemment constatées par nous et toujours suivies d'un heureux effet, pour qu'on puisse les espérer, chercher à les provoquer ; et constater lorsqu'elles se manifestent leur origine indéniablement sympathique et leur heureuse répercussion sur la guérison rapide des lésions cutanées.

C). *Effet à distance sur le système nerveux*

Ces troubles généraux, nous les résumerons en quelques lignes. Dans les premières heures qui suivent la séance de douche, le malade ressent une lassitude, une courbature qui va jusqu'à une pseudo-paresie, quelque-fois localisée au membre traité (le malade ne peut plus le soulever, il ne peut serrer un objet qu'avec la plus grande difficulté), — le plus souvent généralisée ; cette asthénie s'accompagne de douleurs dans les membres,

d'une sensation de tête vide, fréquemment de céphalée, d'envie invincible de dormir, rarement d'insommie. Les malades ont aussi des frissons, quelquefois intenses et prolongés. Enfin l'anorexie, les nausées et même le vomissement complètent ce tableau clinique. Aucune élévation de température pendant toute la durée de cette crise, qui s'atténue graduellement jusqu'au retour à l'état normal, en vingt-quatre heures généralement. Nous avons cependant eu des malades qui sont restés 5 à 6 jours dans cet état d'asthénie psycho-motrice.

Nous répondons d'avance à quelques objections que l'on pourra faire à notre théorie de l'origine nerveuse, sympathique, des troubles généraux que nous avons constatés. Par la lecture de nos observations, on verra que le facteur émotif (nouveauté du traitement, des appareils) ne peut être invoqué pour expliquer ces phénomènes. La plupart de nos malades étaient déjà très habitués au traitement et à nous même quand se sont déclanchés les signes généraux.

L'on ne nous opposera pas non plus la suggestion : nous prenons toutes nos précautions pour ne donner aucune indication des symptômes possible, quand d'avance nous rassurons les malades si pareille éventualité se produisait. Comment alors expliquer chez des sujets non prévenus et ne se connaissant pas entre eux, l'apparition de troubles généraux aussi marqués (toujours les mêmes) — à l'occasion d'un traitement aussi localisé et de si peu de durée qu'est une séance de douche filiforme, — sinon par une action à distance sur le système nerveux.

Cette action de la douche filiforme sur le système nerveux que nous avons le premier signalée, puis recherchée et utilisée pour guérir certaines dermatoses (et il s'agissait toujours de dermatoses rentrant dans

la catégorie des réactions cutanées de notre maître le Dr Brocq, dermatoses par trouble de la nutrition générale et du système nerveux) — N'est-elle pas de la famille des réactions bien connues après les douches ordinaires ?

Pourquoi certains malades ne supportent-ils pas les douches alors que d'autres s'en trouvent fort bien : c'est la pression de l'eau qui agit sur le système nerveux, car les bains ne produisent pas les mêmes effets. — Le Dr Beni-Barde a laissé comme doucheur une réputation qu'il doit à son étude très fouillée des réactions à la douche, variables avec chaque malade et pour chaque maladie.

Dans l'acu puncture et l'aqua puncture, c'est aussi une action réflexe que l'on cherchait à obtenir. Vidal sacrifiait les prurits pour agir sur les terminaisons nerveuses.

Nous lisons, dans la thèse de Servozan (Paris 1872), que l'aquapuncture guérit les névralgies, incontinence d'urine, spermatorrhée, rhumatisme « en agissant sur les ramifications périphériques des troncs nerveux ». « Ce sont les névralgies sans altération des nerfs qui cèdent à l'aquapuncture et les algies musculaires dites sympathiques. ».

Et Cambus (des injections hypodermiques d'eau froide (thèse Montpellier 1877), pense que « les injec-
» tions d'eau froide donnent, par la douleur qu'elles
» procurent, un coup de fouet aux nerfs de la périphérie
» qui, retentissant sur l'organisme tout entier, fait
» disparaître cette habitude vicieuse de sentir qu'il
» avait contractée ».

Dienlafoy dans l'article « Douleur », du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique (1872), constate que « dans la majorité des cas le résultat obtenu est

» immédiat — ce qui est encore plus singulier dit-il,
» c'est que ce résultat obtenu est définitif. »

A la lumière des recherches récentes sur la physiologie du sympathique, l'analyse des symptômes généraux qui se sont manifestés chez nos malades, des signes locaux que nous avons constatés, leur confrontation avec l'évolution rapide de la maladie nous permettent donc d'affirmer que l'action de la douche n'est pas, dans certains cas uniquement locale, mais qu'elle a une répercussion sur le système sympathique.

C'est après chaque groupe d'observations de malades traités que nous mettrons en lumière et développerons les effets locaux et généraux cherchés et les résultats obtenus.

CHAPITRE IV

INDICATIONS :

Nous avons classé nos observations par maladie. Les indications de l'emploi de la douche filiforme comme moyen thérapeutique, sont rangées en 4 classes : (1)

CLASSES I :

La douche filiforme est le traitement de choix **dans les prurits :** *prurits circonscrits avec lichénification, prurit anal, prurit vulvaire.*

Dans la séborrhée et l'acné polymorphe juvénile.

dans la couperose et l'acné rosacée.

dans l'acné papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face.

CLASSES II :

Dermatoses dans lesquelles on peut employer la douche filiforme quand les autres procédés ont échoué :

les éruptions chroniques et torpides de lichen plan (prurigineuses ou non).

les psoriasis chroniques.

les parakératoses chroniques.

les eczémas chroniques secs, plus ou moins lichénifiés.

CLASSE III

Dermatoses dans lesquelles la douche filiforme bien employée peut donner d'emblée des succès, ou tout au moins rendre de grands services en dégrossissant les lésions :

du lupus vulgaire (sauf ceux avoisinant les orifices).

du lupus érythemateux fixe.

CLASSE IV

Dermatoses variées : chéloïdes et acnés chéloïdiennes, plaques de sclérodermie, hyperhydrose, pelade etc.

---

(1) Nous ne reviendrons pas sur la nécessité d'un traitement hygiéno-diététique, suivi pendant le traitement par la douche filiforme, de toutes les dermatoses rentrant dans la catégorie des réactions cutanées de la classification de M. le Dr Brocq.

CLASSE I

La douche filiforme est le traitement de choix

Dans les prurits, prurits circonscrits avec lichénification, prurit anal-prurit vulvaire.

Dans la séborrhée et l'acné polymorphe juvénile.

Dans la couperose et l'acné rosacée.

Dans l'acné papulo-pustulleuse miliaire récidivante de la face.

A) Observations de prurits circonscrits avec lichenification de prurits anaux et vulvaires (1).

Observat. I. — Madame P..., 47 ans, couturière. Vient consulter, en octobre 1920, pour un prurit avec lichenification localisé au pouce et à l'index de la main droite, datant de 15 ans, la démangeant jour et nuit.

Madame P... n'a commencé à être souffrante qu'en 1905. Elle est veuve depuis 10 ans, sans enfants.

En 1905, apparition d'un prurit localisé derrière les oreilles, à la nuque et sur l'index et le pouce de la main droite.

Les différents traitements (pommades, Haute fréquence, bains statiques, etc.) ne réussirent à calmer que les localisations prurigineuses des oreilles et de la nuque. Les deux plaques de névrodermite de l'index et du pouce ont toujours persisté jusqu'au jour où nous la voyons pour la première fois, en octobre 1920.

Madame P... a été soignée de 1917 à 1919 par le professeur Chauffard, pour une xanthochromie généralisée, prédominant à la figure, à la paume des mains et des pieds et au-dessous de la langue (2 gr. 55 de cholestérine dans le sang). Le Wassermann a toujours été négatif.

A l'examen, on constate sur les premières phalanges de l'index et du pouce de la main droite, face dorsale, deux plaques de névrodermite à peu près circulaires, de la taille d'une pièce de 5 francs, très saillantes et lichenifiées, et qui sont le siège d'un prurit intense se manifestant jour et nuit (2).

Nous ordonnons à la malade de suivre scrupuleusement son régime alimentaire et commençons le 30 octobre son traitement par la Douche filiforme.

---

(1) Nous avons volontairement omis, dans la transcription de nos observations, tous les antécédents, personnels ou héréditaires, de nos malades qui n'avaient nettement aucun rapport avec l'affection traitée.

Volontairement aussi nous ne nous étendrons pas sur la nosographie des lésions constatées. Disons une fois pour toutes que nos diagnostics sont établis d'après la classification et les descriptions de notre Maître M. Brocq, et que la plupart de nos malades ont été vus, traités et contrôlés dans son service:

(2) Ces deux plaques coïncident avec les points de frottement des anneaux des ciseaux que la malade est obligée d'utiliser fréquemment (couturière). Jamais elle ne s'est arrêtée de travailler : elle n'a donc pas supprimé cette cause extérieure d'irritation, et elle a cependant guéri.

Pression de 7 athm. — 35° — le diamètre sera de 1/2 millimètre pendant tout le traitement. Durée des séances, cinq minutes en moyenne sur chacune des plaques de névrodermite.

Le soir même de la douche, légère douleur dans tout le bras droit, qui disparait le lendemain. Le prurit est complètement calmé pendant 24 heures, puis réapparaît le surlendemain et va en augmentant jusqu'au jeudi 4 novembre, jour de la seconde séance, à 7 atmosphères encore et 36°. Même technique employée. Le prurit disparaît complètement pendant deux jours. La lichenification s'est crevassée, les lésions de névrodermite sont le siège d'une desquamation marquée.

Le 6 nov., douche à 30°. 6 ath. Aucun prurit du samedi 6 jusqu'au mercredi 10. Dans la soirée du 10, réapparition très légère du prurit, qui augmente dans la journée du jeudi 11 et du vendredi 12. Localement disparition complète des crevasses; la peau est beaucoup plus souple, presque normale d'aspect et de consistance.

13 nov., douche à 6 ath., 33°; la malade n'a plus qu'une seule crise de prurit par jour, pendant dix minutes.

18 nov., douche à 8 athm. 33°. Malade complètement calmée. Aucun prurit. Il reste localement une légère infiltration de la peau, et un petit élément de lichenification à la racine du pouce.

20 nov., douche à 8 athm., 35°. Les téguments sont devenus tout à fait normaux en apparence, bien qu'un peu infiltrés encore à la palpation. La malade a eu une crise de prurit d'une heure de durée le 21 novembre, — 10 minutes seulement le 22, rien les autres jours.

25 nov., 8 athm. 5 — 35°.

Le pouce et l'index ne démangent pas, mais le soir même de la séance, le talon du pied droit devient le siège d'un prurit qui se manifeste jour et nuit jusqu'au 2 décembre (*métastase prurigineuse*).

2 décembre, 8 athm. 5 — 35°. On douche les deux doigts de la main droite, et le talon droit. Sitôt rentrée chez elle, après la séance de douches, la malade ressent une courbature générale avec asthénie, besoin invincible de dormir. En même temps, le prurit s'est étendu à tout le pied droit (les doigts de la main restant indemnes du prurit). Ces phénomènes généraux ne s'accompagnent pas de température: ils durent 24 heures et disparaissent (*phénomènes de crises*).

4 déc., 8 athm., 35°. Dans l'après-midi, la malade dit avoir eu la main et le bras droit (côté traité) engourdis, lourds, comme paralysés; elle était dans l'impossibilité de serrer un objet. Par contre, le prurit a complètement disparu. Enfin, pas de courbature générale, appétit et sommeil normaux. Ces symptômes disparaissent le 5 décembre. Le lundi, réapparition du prurit au niveau du pied droit (traité) et, pour la première fois, prurit au pied gauche (non traité).

9 déc., 8 athm., 36°. On traite seulement le pied et la main droite. Dans le courant de la journée, sensation très vive de picotements dans tout le corps et, en outre, douleurs paravertébrales sous forme de lancées, à la hauteur des septième cervicale et premières dorsales. Le lendemain 10 déc., le bras et la jambe droite (traités) sont le siège d'un engourdissement pseudo-parétique.

11 déc., 8 athm., 36°. Traitement de la main et des deux pieds. Dans l'après-midi, sensation de lancées dans le pied gauche seulement. En même temps, les douleurs dans la région para-vertébrale se reproduisent au niveau des premières dorsales et de l'épaule droite. Engourdissement de la main et du bras droit. Nausées toute la soirée et insomnie.

Dans la journée du 12, l'état général s'améliore, le prurit du pied disparaît. La malade accuse une sensation marquée de mieux être.

Le 13 décembre, tous les symptômes généraux ont disparu, le prurit aussi. Nous avons revu la malade en janvier, en mars, et fin mai : les tissus sont tout à fait souples, normaux d'aspect et le prurit ne s'est plus jamais manifesté.

En résumé : Prurit localisé avec lichenification datant de 15 ans, ayant résisté à tout traitement guéri en onze séances de douche filiforme espacées sur un peu plus d'un mois.

Localement, *restitutio ad integrum* parfaite.

A remarquer : une métastase prurigineuse après la 7e et la 10e séance, des phénomènes généraux à la suite des trois dernières séances caractérisées spécialement par ces pseudo-parésie des membres traités, ces douleurs para-vertébrales (regglionnaires, sympathiques?), etc... ces phénomènes généraux ayant affecté l'allure d'une véritable crise annonçant la guérison complète du prurit.

Nous appelons aussi l'attention sur la température de l'eau que nous avons employée (entre 33° et 36°). Pour traiter d'au-

tres prurits, nous avons utilisé des températures plus hautes (de 50° à 60°). Il ne nous a pas semblé — et l'observation ci-dessus en est un exemple — que le facteur de chaleur joue un rôle prépondérant dans l'efficacité du traitement des prurits par la douche filiforme, tel que nous le dirigeons.

Observation II. — Monsieur G... (valet de chambre, 54 ans). Vient consulter, le 2 décembre 1920, pour un prurit quotidien survenant par crises et datant de deux ans.

A l'examen, il existe une plaque de lichénification de 20 cm. de long sur 10 cm. de large siégeant sur la hanche gauche et descendant sur la face antéro-externe de la racine de la cuisse. La peau est très épaissie, les plis sont beaucoup plus marqués que normalement. Le malade présente encore une localisation prurigineuse avec très léger épaississement cutané, au pli de l'aine gauche, à la racine de la bourse gauche et sur la partie antérieure du périnée. Pas d'intoxication gastro-alimentaire : le malade suit depuis longtemps un régime très sévère ; ni sucre, ni albumine.

2 *décembre*. Séance de douche de 5 minutes de durée totale, par petites fractions de 20 ou 30 secondes, 26° de température, 7 athmosphères 5 de pression, jet de 1/2 millimètre de diamètre.

On traite seulement la plaque de la hanche gauche que l'on excorie dans sa totalité. Hémorragie légère, vite arrêtée par le tamponnement. Suintement post-hémorragique peu abondant. Poudre de talc.

Le malade revient *le 4 décembre*. Il n'a ressenti aucun des symptômes généraux habituels. Le prurit a complètement disparu au niveau de la plaque traitée : des croûtes sèches recouvrent toute sa surface. Par contre, la région du pli de l'aine de la rainure des bourses et du périnée antérieur qui démangeait habituellement très peu a été le siège d'un prurit intense : *métastase prurigineuse*.

Le 4 décembre, séance de douche à 8 atmosphères 5 et 30° de T. sur la région du pli de l'aine et du périnée. On obtient seulement une congestion marquée, mais l'épiderme ne saute pas.

Le malade revient nous voir le 11 *décembre*. Il n'a plus ressenti aucun prurit au niveau des deux régions traitées. Seul persiste, à la partie supérieure de la plaque de névrodermite de la hanche gauche, un point prurigineux que l'on traite à

8 atmosphères 5 de pression et 35° de température. On obtient de la rougeur et quelques petits endroits sautent.

Sur le reste de cette plaque de la hanche les croutes sont tombées et l'épiderme est normal d'aspect et souple.

Nous avons reçu Monsieur G... le 16 *décembre*. Aspect normal, plus aucun prurit.

En résumé: En trois séances, guérison d'un prurit datant de deux ans. Constatation d'une métastase prurigineuse au cours du traitement.

Observation III. — Monsieur R..., 35 ans, magasinier. Vient consulter pour un prurit axillaire, survenant par crises plusieurs fois par jour, depuis 6 mois. Pas d'éthylisme marqué. Sécrétion sudorale de moyenne importance. Quelques éléments au niveau des aisselles : 3 ou 4 du côté gauche de la grosseur d'une lentille sont réunis par un tissu un peu épaissi, véritable lichénification.

Le 20 *novembre* 1920, on fait une séance de douche filiforme à 7 atmosphères, 30° de température, de 3 minutes de durée sur chacune des aisselles.

Les points lichénifiés sautent presque tous. On obtient du purpura sur quelques points du fond de l'aisselle gauche.

25 *novembre*. Le prurit n'a reparu que le 24 au soir et seulement du côté gauche. La lichénification est beaucoup moins épaisse. On traite seulement l'aisselle gauche à 7 atmosphères et 35°, faisant sauter tous les points encore infiltrés.

Le malade est revu le 2 décembre, les lésions sont tout à fait cicatrisées, la peau est normale d'aspect et de souplesse.

Observation IV. — Madame R..., sans profession, 40 ans. Vient consulter pour une plaque de névrodermite datant de 8 ans, de la grosseur d'une petite paume de main, siégeant au niveau du tiers moyen de la face interne de la cuisse droite, et la démangeant sans rémission jour et nuit.

13 *novembre*. En 5 minutes, par petits coups, à 6 atmosphères de pression et à 30° de température, on décappe entièrement cette plaque de lichénification. Les couches superficielles du derme sont mises à nu sur toute la surface. Hémorragie légère, puis suintement séreux, tari par tamponnement. Pansement à la poudre de talc.

La malade revient le 25 *novembre*. Les croutes sont tombées, la peau est souple, sans cicatrices. Le prurit a complètement

disparu. Nous avons eu des nouvelles de la malade fin mai 1921. La guérison s'est bien maintenue. Il n'y a plus aucun prurit.

Observation V. — Madame G..., 62 ans, ménagère. Prurit avec lichénification datant de 8 ans.

Madame G... a une verte vieillesse. Pas de causes d'intoxication relevées. Etat variqueux léger des membres inférieurs.

Madame G... présente au niveau du genou droit, face interne, sur une plaque lichénifiée de la largeur d'une paume de main, 7 à 8 éléments de la grosseur d'une pièce de 0 fr. 50 centimes, surélevés de 5 à 6 millimètres, constitués par une hyperkératose intense de l'épiderme. Pigmentation très marquée au niveau de cette plaque lichénifiée.

L'ensemble de ces lésions est extrêmement prurigineux jour et nuit.

Le 12 *avril* 1921, on fait une séance de douche à 7 athmosphères et 45°, assez courte : 3 minutes par petites applications, avec 1/2 millimètre de diamètre. On excorie seulement une partie des lésions.

Le soir même, courbature générale : bras et jambes brisés, envie invincible de dormir. La courbature générale persiste en s'atténuant jusqu'au 18 avril. En même temps, le prurit a complètement disparu au niveau de la région traitée.

Le 19 *avril*, on complète le traitement de la plaque lichénifiée, dont on excorie la totalité à 7 athmosphères et 48°.

Rentrée chez elle, la malade est obligée de se mettre au lit, courbaturée, anéantie, ayant une céphalée intense, des frissons, des claquements de dents, des tremblements alternant avec des crises de transpiration. Anorexie. Insomnie. Pas de température. Cet état dure, mais en s'atténuant, pendant 8 jours.

Le prurit a complètement disparu.

10 *mai*. Nous avons revu la malade. Elle est complètement guérie de son prurit. Les lésions sont cicatrisées, la peau est encore pigmentée à leur niveau, mais elle est souple, non lichénifiée. L'état général est bon.

A remarquer dans cette observation l'intensité des phénomènes généraux, sans température, dès la première application de douche filiforme.

Observation VI. (Malade envoyée par le docteur Grenet, médecin de l'hôpital Broca). — Madame A..., ménagère, 70

ans. Prurit vulvaire avec lichénification : début de kraurosis des petites lèvres (diagnostic de M. Brocq).

L'affection aurait débuté il y a 18 mois. Rien à signaler comme antécédents morbides. Pas de spécificité. 4 enfants vivants.

Hystérectomie totale il y a 4 ans.

La malade a dû être opérée d'une ulcération périnéale qu'elle s'était faite en se grattant : on constate un noyau induré à ce niveau.

25 *décembre* 1920. Séance de douche filiforme à 6 athmosphères, 40° 1/2 millim.

La muqueuse épaissie des grandes et des petites lèvres saute par grands lambeaux de 2 à 3 centimètres carrés. On recommande des lotions à l'eau de camomille chaude, poudre de talc et compresse interposée entre les lèvres.

A la suite du traitement, œdème des grandes lèvres qui dure 5 à 6 jours.

La muqueuse se cicatrice très vite, souple.

Le prurit disparaît complètement, sauf au niveau du capuchon du clitoris que l'on avait respecté.

12 *janvier*. On fait à ce niveau seulement une petite séance de douche à 40°, 4 atmosphères 5 de pression. Depuis, disparition complète du prurit. Tissus d'aspect normal.

Nous avons encore eu des nouvelles de la malade fin mai. La guérison s'est maintenue.

Observation VII. — Monsieur O..., 56 ans, docteur en droit. Prurit anal datant de 18 ans. D'abord vespéral, puis les crises augmentant de fréquence et d'intensité arrivent à ne plus laisser une heure de répit au malade qui se voit obligé d'abandonner sa profession.

En 1904, le malade subit deux dilatations anales.

En 1920, une séance de scarifications sous anesthésie et trois séances de radiothérapie. Dans l'intervalle, pommade, nitrate, etc., etc., sont essayés sans succès.

Rien de bien saillant dans les antécédents morbides : fièvre typhoïde à l'âge de 8 ans ; paludisme en 1892. Le malade a longtemps séjourné aux colonies, où il n'aurait pas fait d'excès de boisson.

Deux fois marié. A eu 12 enfants sans tares nerveuses. Pas de spécificité, réflexes normaux.

Quand nous voyons le malade en janvier 1921, il est tout à

fait obsédé et déprimé par son prurit; il est arrivé à un degré de neurasthénie profonde : il se présente à nous : « avocat sans cause et sans talent ».

Le malade est persuadé, suivant son expression, que son « derrière est pourri » et, chaque fois qu'il va à la selle, il va chercher avec ses doigts les matières restant dans l'ampoule rectale, s'écorchant avec les ongles et entretenant ainsi un état d'irritation de tout le conduit ano-rectal. Dans la journée, pendant la nuit, il ne peut se retenir de se gratter et passe la moitié de son temps à prendre des bains de siège et à se donner des lavements chauds.

A l'examen péri-anal, on constate un épaississement considérable de la région, avec saillie marquée des plis anaux et un aspect blanchâtre presque porcelainé de toute la muqueuse, remontant très haut dans le conduit anal. Atonie du sphincter cependant continent.

Nous avons commencé notre traitement le 28 *janvier* 1921 et, suivant le degré de tolérance du malade, nous avons utilisé des pressions de 7, 8, 9 atmosphères avec des températures de 40 à 50°, un jet de 1 millimètre de diamètre.

Nous faisions des séances deux fois par semaine. Le malade s'est absenté un mois en mars; au total 15 séances au cours desquelles nous avons pu voir les tissus perdre peu à peu leur aspect porcelainé, s'assouplir, les crises de prurit diminuer de fréquence et d'intensité; parallèlement l'état mental du malade s'est relevé; nous avons réussi à lui faire comprendre qu'il entretenait l'irritation locale par ses grattages répétés et, peu à peu, il s'est borné à des lavements chauds et à des bains de siège pour calmer son prurit. Il a abandonné l'idée qu'il avait les intestins en putréfaction et s'est mis à suivre strictement le régime alimentaire que nous lui avons prescrit.

La résurrection morale de ce pauvre homme a suivi une marche parallèlement ascendante, et, le 8 mai, nous avons pu l'autoriser à accepter un poste officiel et à reprendre une existence normale.

Observation VIII. — Mademoiselle H..., 36 ans, institutrice, est venue nous consulter, en mars 1921, pour un prurit dont le début remonte à plusieurs années.

Ce prurit siège au menton (plaque de lichénification très épaisse, très pigmentée, de la dimension de deux pièces de 5 francs) et à la vulve. Prurit par crises très rapprochées,

presque sans rémission, d'une intensité extrême, et d'autant plus douloureux et obsédant que la malade ne peut que rarement satisfaire ses furieuses envies de se gratter.

En effet, elle est maîtresse dans un pensionnat et ne quitte pas d'une seconde les élèves qui lui sont confiées. Le jour et la nuit, elle n'a pas un moment de repos et surtout de solitude. Elle est toujours sous tension. Fatigue physique, fatigue nerveuse, peu d'exercice au grand air, peu de repos, à peine le temps de manger et de dormir ; elle a donc au total une hygiène déplorable. Aussi, la digestion est médiocre, la constipation opiniâtre, le système nerveux alternativement hyperexcité et déprimé.

Nous tentons de prescrire un régime alimentaire — qui sera suivi de loin — un peu de liqueur de Bourget, de la valériane, et nous faisons sans grand espoir quatre séances de douche filiforme.

Sur le menton, nous appliquons 7 à 8 atmosphères, 48° — 1/2 millimètre

La région vulvaire est simplement traitée par des lotions chaudes au coaltar saponiné.

La plaque de lichénification du menton est excoriée à fond, dès la première séance ; les autres fois, nous insistons sur quelques points qui sautent encore ; localement l'amélioration est très nette. Nous ne revoyons la malade que quinze jours après la dernière séance et nous apprenons — avec un plaisir d'autant plus marqué que nous étions moins certains de notre réussite — la guérison complète de son prurit ; et non seulement de celui du menton que nous avions traité par la douche (et localement il ne subsiste plus qu'une légère pigmentation de la peau redevenue parfaitement souple), mais aussi du prurit vulvaire que la malade avait traité avec les mêmes vieux procédés d'autrefois jusqu'alors inefficaces.

Quelques phénomènes généraux que la malade a attribués à un surcroit de fatigue (courbature, céphalée) ont annoncé, après la dernière séance, la disparition du prurit.

C'est donc, chez cette malade qui n'a pourtant pas changé son mode d'existence et tout au plus tenté d'améliorer le fonctionnement de son tube digestif, la guérison de la « vis pruriginosa » toute entière que nous avons obtenue par le traitement à la douche filiforme d'un seul des endroits où s'exerçait cette vis pruriginosa.

Conclusions particulières au traitement des prurits :

Ces quelques observations suffisent pour montrer la façon dont nous conduisons le traitement par la douche filiforme des prurits, qu'il s'agisse de prurits des membres ou de prurits vulvaires ou anaux. Elles ont été prises parmi les cas traités par nous, comme types de démonstration des effets locaux et généraux produits par la douche filiforme.

Mais avant de grouper en un court résumé ce qu'il y a de marquant dans ce traitement des prurits, nous voulons rappeler l'influence des causes d'irritation externe, et d'intoxication interne, et surtout le rôle capital du système nerveux dans l'apparition d'abord, dans l'entretien ensuite, de ces prurits circonscrits avec lichénification.

« La lichénification, dit M. Brocq (Traité de dermatologie, tome II, réactions cutanées), est un syndrome banal qui se développe au cours d'une dermatose quelconque, ou sans dermatose antérieure aux points qui sont soumis à *d'incessants traumatismes*, chez des individus prédisposés. »

Notre maître insiste aussi sur ce fait que « les crises de prurit ont les allures de *véritables névroses* variables comme intensité suivant l'impressionabilité des malades, suivant l'alimentation, suivant les conditions morales d'existence. »

Il peut donc paraître paradoxal au premier abord, de traiter par un traumatisme une dermatose qui naît et est entretenue par le traumatisme. Nous avons dit plus haut déjà, le peu d'importance que nous attribuons à la température de l'eau dans l'action de la douche filiforme. C'est donc le choc même du jet filiforme, qui agit. Ce choc est un choc vibratoire : il est la somme des percussions des molécules d'eau se succédant avec

une grande rapidité, à la façon d'un *véritable étincelage aqueux* (analogue à l'étincelage de la Haute fréquence). Il n'agit donc pas uniquement par le choc de sa masse d'eau (action locale purement destructive), mais aussi par l'extrême fréquence de ses chocs moléculaires ; et c'est ce qui nous explique son action à distance ces métastases prurigineuses, ces phénomènes généraux que nous avons constatés (Cf. observations ci-dessus), C'est qu'en effet, pour nous, il est indéniable que la douche agit sur les terminaisons nerveuses cutanées, et, par leur intermédiaire, sur le système nerveux, plus précisément sur le grand sympathique, régulateur des échanges nutritifs et du fonctionnement normal de nos viscères. C'est par cette action seulement que nous pouvons expliquer la disparition *subite* des crises de prurit (à allure de *véritable névrose*, rappelons ce que dit M. Brocq), - observations II, III, IV, VI, VIII, - précédée dans quelques cas de véritables métastases prurigineuses et dont la guérison est souvent annoncée par des phénomènes généraux tels que céphalée, insomnie ou torpeur, frissons, courbature générale ou locale à type pseudo-parétique, douleurs para-vertébrales et dans la continuité des membres traités, anorexie et nausées. (Observations I, V et VIII).

Enfin, plusieurs malades que nous traitions par la douche nous ont dit avoir ressenti dans la suite une amélioration générale, un meilleur sommeil, une disparition des troubles circulatoires jusqu'alors très gênants (tels que sensation de froid général, d'extrémités glacées), une sédation de troubles gastriques, et dans l'ensemble, l'équilibre général de fonctionnement de tout leur organisme avait été heureusement modifié.

Pour les prurits nous employons le 1/2 ou le millitre de diamètre, une température entre 40 et 55° (suivant tolérance), enfin et surtout les plus hautes pressions possibles, 6, 7, 8, et 9 atmosphères, suivant les régions et la résistance des tissus lichénifiés. Les séances sont toujours fragmentées en petites applications de 30 secondes à une minute de durée. Après quelques tâtonnements pour apprécier la susceptibilité personnelle du malade à l'action locale et à la réaction générale produite par la douche, nous établissons notre programme de traitement quant à la durée des séances et à leur fréquence.

Nous cherchons systématiquement à détruire les tissus lichénifiés ; d'ailleurs la douche elle-même fait son choix ; en quelques instants, les tissus malades sautent. Nous tamponnons l'hémorrhagie légère, le suintement séreux peu abondant qui succède ; nous poudrons avec du talc et laissons les croûtes qui se sont formées tomber d'elles-mêmes. (Dans les régions spéciales, comme la vulve et l'anus, nous conseillons les lotions tièdes suivies de poudrage). Après chute spontanée des croûtes, s'il y a encore du prurit nous faisons une nouvelle douche. Après cicatrisation, l'épiderme ou les muqueuses se reforment, tout à fait souples et normales d'aspect, d'abord un peu pigmentées ; cette pigmentation disparaît elle-même en 15 jours à 3 semaines et il ne reste aucune trace des excoriations produites par la douche.

Il nous est bien permis d'avancer que nous avons guéri des prurits, quand nous voyons des malades ayant un prurit sans rémission, depuis 5, 8, 10 et même 30 ans, ayant tout essayé pour se calmer, ne plus avoir, à la suite de quelques séances de douche, aucun symptôme de démangeaison.

B. — Observations de séborrhée et d'acné juvénile.

Observation I. — Mademoiselle L..., couturière, 24 ans, a commencé, en 1914, à présenter quelques papulo-pustules d'acné juvénile. Malgré tous les traitements médicamenteux (pommades, lotions soufrées, etc), malgré un traitement par le massage suivi régulièrement pendant un an, deux fois par semaine, son acné n'a fait qu'augmenter, et quand nous la voyons, en janvier 1921, la malade est complètement défigurée par une acné polymorphe de la face. Les pores de sa peau, extrêmement séborrhéïque, sont très dilatés ; de nombreux comédons, de nombreux éléments d'acné pustuleuse de toutes tailles sont disséminés sur le front, les joues, le nez et le menton. L'acné existe aussi sur le dos et la poitrine.

La malade est tout à fait démoralisée de se voir ainsi ; elle n'ose plus sortir, tellement elle est couverte de boutons suppurés et de croutes ; elle ne peut plus gagner sa vie, personne ne voulant l'employer. Aussi tout son état général s'en trouve-t-il touché : malade très nerveuse, insomnie, mauvaises digestions. (1)

Les séances de douche ont toutes été faites à une température oscillant entre 40° et 48° ; à une pression de 6 atmosphères au début, et un jet d'un millimètre de diamètre.

Séances les 12, 15, 31 janvier, 3, 11, 14 février.

A chacune de ces séances, nous avons traité seulement une partie de la figure (une joue, ou le nez, ou le front, ou le menton).

Après avoir excorié et détergé chacun des points acnéiques, nous faisions un massage de toute la région en promenant notre jet sur les téguments, insistant sur les indurations profondes. Toutes les papulo-pustules acnéiques étaient ainsi vidées et exprimées. Une exsudation séreuse très abondante se produisait, succédant à la petite hémorrhagie provoquée par le curettage de la douche.

Nous tamponnions pendant quelques minutes cette exsudation et laissions la malade rentrer chez elle un petit tampon à la main pour finir d'absorber l'excédent de sérosité.

(1) Nous signalerons aussi, comme faisant partie de l'ensemble hyper-vaso-secrétoire, une grosse transpiration axillaire qui l'oblige à changer de dessous de bras plusieurs fois par jour.

La croute se formait au bout d'une à deux heures par dessication de cette sérosité. Aucun pansement.

Dans l'intervalle des séances, nous demandions seulement à la malade de s'extraire ses comédons et de passer un tampon d'éther ou d'alcool camphré sur sa figure.

Nous lui avions bien recommandé de laisser les croutes tomber d'elles-mêmes, et généralement en 4 à 5 jours la petite plaie était cicatrisée.

Les six premières séances de douche filiforme ont complètement transformé la figure de cette jeune fille — et son moral — car, si elle n'était pas encore tout à fait guérie, il y avait une amélioration considérable et elle s'en réjouissait à juste titre.

Elle n'a plus eu depuis que, de loin en loin, des éléments acnéiques; encore sont-ils peu nombreux (2 ou 3) au lieu des 20 ou 30 habituels, avant notre traitement. Ils sont tout petits, alors qu'avant ils étaient volumineux profonds, et parfois leur suppuration donnait naissance à de véritables nappes de pus sous-épidermique.

Enfin, et surtout la peau, dans son ensemble, est beaucoup moins épaisse, plus souple; ses pores sont resserrés. La malade a constaté elle -même que sa figure était beaucoup moins grasse et cette diminution de la séborrhée existe, non seulement au niveau des régions traitées par la douche filiforme, mais aussi en des points qui n'ont pas été douchés.

Nous avons continué notre traitement les 1er, 4, 17 et 31 mars, attaquant à chaque séance les points acnéïques nouveaux (toujours très petits et superficiels) et terminant par un massage-expression, par la douche, de la peau et des glandes.

La malade a pu, à cette époque, trouver du travail, comme ouvreuse dans un grand théâtre.

Séances de douche, 5, 14, 21, 28 avril, 8 mai.

Le 13 mai, comme la sudation est toujours extrêmement abondante, nous avons tenté une application de douche à 7 athm., 50°, 1 millim. sur les régions axillaires, pendant 5 minutes environ de chaque côté.

Le 18 mai, nouvelle application axillaires, sans résultat encore.

Observation II. — Mademoiselle R..., 22 ans, comptable. Malade ayant de l'acné pustuleuse du visage depuis plusieurs

années, avec quelques rémissions, mais jamais d'arrêt complet des poussées acneïques.

Pendant plusieurs mois, elle a été traitée par le massage, suivant la méthode de Jacquet, avec extraction des comédons, expression des papulo-pustules acneïques, ponction au scarificateur des points profonds (qui parfois donnaient issue à une quantité énorme de pus, développé là d'une façon assez torpide, et produisant de véritables décollements. Par exemple, au niveau du front, il fallait parfois presser à 5 ou 6 centimètres du point ponctionné pour vider complètement la nappe purulante.

Quand nous avons commencé à traiter cette malade, son acné était dans un état stationnaire depuis un mois déjà ; c'est-à-dire que, grâce à une surveillance constante, on avait réussi à éviter ces accumulations torpides de pus intra-dermiques. La malade se désinfectait soigneusement le visage et toute papulo pustule était, autant que possible, tuée dans l'œuf. Mais la peau restait épaissie, infiltrée par place de nodosités inflammatoires; elle était de plus très grasse.

Au bout de 4 séances, à 8 jours d'intervalle, à 7 et 8 atmosphères, 48°, et 1 millim. de pression, toute trace d'induration profonde ou superficielle avait disparu. L'épiderme était très souple, et la sécrétion séborrhéïque très diminuée, redevenue presque normale.

Nous avons encore traité cette malade tous les quinze jours seulement pendant deux mois (soit quatre autres séances). Et pendant toute la durée du traitement, les quelques éléments acnéïques nouveaux qui se sont montrés, de moins en moins nombreux, ont été rapidement expurgés. Aucune cicatrice, pas plus chez cette malade que chez les autres, ne marquait la place des papulo-pustules excoriées par la douche, quelqu'aient été, et la profondeur de l'infiltration, et la profondeur du curettage pratiqué par le jet.

Observation III. — Monsieur B..., 18 ans, étudiant. Acné juvénile à son début ; comédons et papulo-pustules du front et des joues.

Nous lui avons fait 3 séances de douche, à 8 jours d'intervalle, à 7 et 8 athmosphères de pression, 45° de température, 1/2 millimètre de diamètre qui ont excorié et vidé tous les points acnéïques, modifié la peau, tant au point de vue souplesse que resserrement des mailles du tissu épidermique.

Depuis 4 mois, plus de poussée acneïque.

Observation IV. — Mademoiselle G..., 23 ans, sans profession. Acné mentonnière durant depuis 3 ans, avec poussées nouvelles au moment des règles. Peau épaisse, séborrhéïque. Comédons nombreux.

Nous lui avons fait deux séances de douche filiforme, à 6 athmosphères, 48°, 1/2 millimètre, excoriant et exprimant les pustules d'acné, et massant énergiquement tout le menton.

A la suite de ce traitement, disparition de l'acné, qui ne réapparaît pas lors des règles; et dont la guérison se maintient.

Observation V. — Madame D..., employée. Fait depuis plusieurs années de l'acné sur peau séborrheïque, avec des noyaux profondément infiltrés qui résistent aux moyens habituels de désinfection cutanée et se reproduisent avec une désespérante ténacité. La malade voudrait se marier et ne le peut avec une figure aussi parsemée de boutons.

Nous lui faisons 4 séances de douche filiforme à 8 jours d'intervalle; curettage des points acnéïques associé au pétrissage profond produit par les 7 atmosphères employés.

Chez elle, nous avons aussi obtenu, avec la guérison de ses points acnéïques, la diminution très nette de son état séborrhéïque; — lui permettant ainsi de réaliser ses projets matrimoniaux.

Conclusions particulières au traitement des acnés juvéniles et de la séborrhée : Nous avons rapporté 6 observations d'acné juvénile et de séborrhées traités par la douche filiforme ; nous pourrions en donner un grand nombre d'autres ; elles se ressemblent toutes au point de vue direction du traitement et résultats.

En général, des pressions assez fortes, 5 à 7 atmosphères, un diamètre de 1 mm. sont indiqués ; la température est de 40 à 50°. Nous agissons par curettage sur tous les éléments suppurés ; par massage sur l'infiltration profonde ; par action réflexe sur la diminution du flux séborrhéique.

Du curettage, rien à dire de spécial : tout tissu malade est excorié, puis détruit par le jet : c'est le premier principe de la douche filiforme. L'élément pustuleux est percé et détergé, qu'elle que soit sa grosseur et son degré d'infiltration profonde : une petite hémorragie, un gros suintement séreux, succèdent à l'application de la douche filiforme Même tamponnement, même dessication de la sérosité pour constituer la croûte ; poudrage au talc ; chute spontanée des croûtes, sont recommandés comme dans le traitement des prurits ; des lotions à l'alcool camphré, sont les seuls soins à prendre dans l'intervalle des séances.

Le massage par la douche de ces acnés séborrhéiques nous a paru nettement supérieur au massage manuel, à cause de son action très localisée en surface, en même temps que profonde, révulsive cutanée, et vaso-dilatatrice sous-cutanée.

Le tissu élastique de la peau n'est pas distendu, et l'expression des glandes plus ou moins enflammées est moins brutale et ne nécessite pas un traumatisme des régions saines avoisinantes comme dans le massage manuel. On sait qu'il est mauvais de presser un

furoncle ou un abcès car trop de force dans cette manœuvre expose à une extension du processus inflammatoire dans les régions saines avoisinantes.

En fait, nous n'avons jamais constaté d'extension des processus inflammatoires à la suite de nos traitements d'acnés pustuleuses, (ou même des furoncles que nous avons traités par la douche), mais au contraire une sédation des signes d'infection locale.

Quant à l'action réflexe de la douche, nous en voyons la preuve dans cette diminution du flux séborrhéique (Observations I, II, V.).

Est-ce à dire que la douche filiforme guérit définitivement la séborrhée et l'acné polymorphe junévile ? Loin de nous l'idée d'avancer semblable prétention. Mais nous soutenons, avec résultats à l'appui, que la douche filiforme, en modifiant la circulation cutanée, en resserrant les pores de la peau, en agissant par voie réflexe sur l'hyper-sécrétion séborrhéique, rend les malades moins susceptibles de faire des poussées acnéiques. Celles-ci, quand elles se produisent, sont plus vite et plus sûrement guéries par la douche que par tout autre mode thérapeutique.

Qu'on nous permette cette comparaison : nous agissons à la façon du vaccin dans la diphtérie qui guérit l'angine et immunise pour un certain temps le malade qui a une fois contracté la diphtérie ; mais le vaccin ne rend pas le malade définitivement réfractaire à une nouvelle infection par le bacille de Lœffler.

Le traitement par la douche filiforme sera donc suivi de précautions hygiéniques générales et de soins locaux qui rendent le malade moins susceptible de faire une nouvelle poussée d'acné.

C. — Observations de couperose télangiectasique pure et d'acné rosacée.

Observation I. — Madame G..., 45 ans, sans profession, a commencé il y a deux ou trois ans à présenter des signes de couperose télangiectasique des pommettes et du nez. Sur cette couperose, peu à peu, se sont développés des éléments d'acné, par intermittences d'abord, surtout au moment des règles, puis bientôt à l'état permanent. (Règles toujours irrégulières.)

Cette malade a eu, il y a 15 ans, un ictère ; elle est toujours un peu subictérique. Sa dentition est mauvaise, ses digestions pénibles, avec pesanteurs, poussées congestives de la face après les repas. Constipation chronique.

Quand nous la voyons pour la première fois, en janvier 1921, Madame G... a une figure très congestive, violacée (presque une « trogne »), avec pores de la peau très larges.

Nombreuses dilatations des petits vaisseaux cutanés. Papulo-pustules disséminées sur le nez, les joues, le menton, en grande abondance.

Nous faisons quelques prescriptions de régime, et donnons à prendre des paquets de bicarbonate, phosphate, sulfate de soude.

Nous traitons par la douche de 1/2 mm., 6 atm. de pression et 40° pendant les 4 premières séances (les 12, 20, 28 et 31 janvier), alternativement sur les unes et sur les autres parties de la face. Nous excorions les papulo-pustules d'acné, ainsi que tous les points de dilatation vasculaire qui sont détruits par le jet. Enfin, nous massons énergiquement toutes les régions qui sont couperosées.

Le 11 février, nous revoyons la malade, qui a eu ses règles avec une très légère poussée nouvelle d'acné mentonnière. Mais la joue droite a très sensiblement pâli, les petites dilatations vasculaires ont disparu, ainsi que les éléments d'acné. La joue gauche est en voie d'amélioration ; le nombre et la grosseur des éléments d'acné est nettement moindre.

Nous avons fait une nouvelle série de séances de douches filiforme avec le millimètre de diamètre, et en montant la pression jusqu'à 7 atmosphères ; température 45° en moyenne les 11 et 18 février, les 1er, 4 et 18 mars ; 1re et 29 avril.

Nous avons donc pu, petit à petit, espacer les séances de douche, car les éléments d'acné repoussent de moins en moins nombreux. Les règles en font sortir quelques-uns, mais surtout

la digestion, que nous n'arrivons pas à améliorer, étant donné la très mauvaise dentition de Madame G...

Dans l'ensemble, nous avons eu une des actions les plus nettes sur l'élément couperose. La peau est beaucoup plus serrée, plus ferme, la coloration est plus pâle. Quant aux éléments papulo-pustuleux d'acné, qui depuis plusieurs mois avant que nous ne traitions cette malade étaient toujours au nombre de 50 à 80, très gros et purulents, ils sont maintenant très petits, et ne sont jamais plus de 5 ou 6 à la fois.

Obervation II. — Madame C..., 43 ans, ménagère. La malade fait depuis 14 ans, tous les mois, au moment de ses règles, une grosse poussée d'acné. Peu à peu, les éléments acnéïques ont gagné, du menton où ils siégeaient d'abord, les joues et le nez; actuellement, Madame C... a tous les signes d'une acné chronique sur couperose très étendue et très marquée.

Malade très nerveuse, mauvais fonctionnement du tube digestif. Se plaint de crises de prurit, se manifestant un peu partout, mais surtout au niveau de la face, quand après les repas, elle fait des poussées congestives.

Nous ordonnons de la valériane, un régime alimentaire, des paquets absorbants et quelques prescriptions d'hygiène, et commençons, le 10 février 1921, nos séances de douche, à 5 et 6 atmosphères; 40 à 50 ° de température; 1/2 mm. de diamètre alternativement sur chaque côté, droit et gauche, de la figure.

Toujours même technique: excoriation des papulo-pustules, — massage très énergique — destruction des dilatations vasculaires superficielles.

Séances le 10, 18, 22 février.

Le 2 mars, nous constatons un très bon résultat sur la joue gauche. Plus de nouveaux éléments d'acné. La peau est souple, pâlie, d'aspect presque normal.

Sur la joue droite, quelques éléments nouveaux.

A la suite de la séance du 22 février, la malade a eu une sensation très vive de brûlure de la face, avec phénomènes généraux consistant en courbature générale, véritable parésie, et cela pendant 24 heures.

Séances de douche les 2, 8, 15, 22 mars (toujours alternées d'un côté à l'autre de la figure). Les poussées acnéïques sont beaucoup moins nombreuses, les éléments sont plus petits.

A la suite de la séance du 22 mars, la malade a encore présenté de la courbature avec asthénie et céphalée, et une crise

de prurit généralisé qui a duré 24 heures.

Douche filiforme les 5, 12, 19, 28 avril; 3, 10, 19 mai. Nous pouvons maintenant traiter dans chaque séance tous les éléments acnéïques existant (5 à 10 au maximum), que nous excorions; puis nous massons toute la région couperosique.

— Comme pour la malade de l'Obs. I, nous avons obtenu une grosse amélioration. Le tube digestif a été pour nous un ennemi tenace, mais nous avons réussi quand même à atténuer la couperose de cette malade, à diminuer le nombre et la taille de ses pustules d'acné, à modifier très nettement la consistance de l'épiderme et l'Hypersécrétion séborrheïque.

Observation III. — Monsieur M..., 34 ans, employé de commerce. L'acné rosacée a commencé en 1916 sur les joues, le nez, puis a gagné le menton et le front. Le malade est écarlate, la peau est grasse, couverte de papulo-pustules d'acné qui le défigurent complètement.

Traitement à 6 et 7 athmosphères, 1/2 et 1 milimètre, 48° de température. Séances les 3, 11, 17, 31 mars; 6, 14, 21 avril. A chaque séance, on excorie les papulo-pustules de l'une ou de l'autre des régions de la figure, en massant énergiquement les tissus. Les croutes tombent en 5 à 6 jours, de moins en moins épaisses. Amélioration très nette de la congestion de la face. Diminution du nombre des éléments acnéïques et de leur grosseur, du flux séborrheïque, de l'épaississement du derme qui est devenu souple.

Observation IV. — Madame A..., 40 ans, ménagère. Couperose érythémateuse presque pure des pommettes et du nez (tendance au rhinophyma.

Début il y a deux ans. La couperose s'accompagne de sensations de tension, de cuisson, surtout après les repas et au moment des règles. Ces sensations, par leur intensité, empêchent souvent la malade de dormir. Malade extrêmement nerveuse. Mauvais fonctionnement du tube digestif ; constipation.

Nous faisons nos prescriptions habituelles de régime et donnons de la valériane. Du cérazinc pour la nuit. La douche est faite, avec beaucoup de précautions d'abord, par de petites séances (1 à 2 minutes coupées d'intervalle) et à faible pression (4 à 5 atmosphères). Puis on augmente progressivement la durée et la pression (3 à 5 minutes, 5,6 et 6,5 de pression). Nous faisons d'abord du massage simple, puis peu à peu décappons l'épiderme par endroits et faisons éclater quelques pe-

tites dilatations vasculaires; quelques très rares papules d'acné sont excoriées.

En 4 séances, espacées de 8 jours chacune, nous avons obtenu une décongestion très nette des pommettes et du nez, une disparition presque complète des éléments d'acné, un assouplissement marqué des tissus douchés. La malade n'a plus de sensation de cuisson au niveau des régions que nous avons traitées. Le régime et la médication sédative, de leur côté, ont produit leur effet: la constipation a disparu, les digestions sont meilleures, la malade est beaucoup plus calme. Nous n'oserions pas avancer que la douche filiforme a contribué pour une part à ce relèvement général de la santé de cette malade si nous n'avions déjà constaté chez d'autres, dans des cas semblables, une amélioration trop rapide pour être attribuable à la seule hygiène et aux prescriptions pharmaceutiques prescrites.

Observation V. — Madame G..., 40 ans, sans profession. Couperose télangiectasique presque pure des joues (2 à 3 éléments d'acné). Malade très nerveuse. Les règles, régulières, ne s'accompagnent pas de poussées congestives de la face; mais les digestions sont mauvaises: la malade a des nausées fréquentes, la constipation est marquée.

Prescriptions diététiques et sédatives habituelles. Nous lui faisons deux séances de douche à 5 atmosphères, à 8 jours d'intervalle, faisant sauter les points acnéïques, quelques petites dilatations vasculaires; en massant la région couperosée, l'épiderme, friable par places, se décappe. Hemorragie légère, suintement, puis croutes qui tombent en 6 jours.

Nous avons revu cette malade trois mois après l'avoir traitée. Elle n'a plus eu des poussées acnéïques, et ses joues ont une coloration normale, un épiderme lisse sans dilatations vasculaires.

Observation VI. — Madame T..., plisseuse. Couperose pure du nez ayant débuté il y a un an. Poussées congestives et séborrhéïques après les repas, accompagnées de pesanteur au creux épigastrique, et d'envies de dormir. Constipation. Régime et poudres digestives prescrits.

En 3 séances à 50°, 5 et 6 atmosphères, 1 millimètre, nous avons décappé son nez, détruit les fines arborisations vasculaires. L'épiderme, après la chute des croutes, est tout à fait souple, poli, sans dilatations des petits vaisseaux, sans séborrhée.

Conclusions particulières au traitement de la couperose et de l'acné rosacée

Pour le traitement des acnés rosacées et de la couperose, nous employons le 1/2 ^{mm} de diamètre ou le millimètre, suivant résistance de la peau ; température de l'eau aux environs de 45° ; pression dépassant rarement 6 atmosphères ; chaque séance dure de 2 à 3 minutes au maximum.

Les papules et papulo-pustules d'acné ne sont pas traitées différemment dans l'acné rosacée que dans l'acné juvénile, c'est-à-dire par curettage et expression de leur contenu.

La douche massage, avec éclatement des petits vaisseaux dilatés du réseau sous-cutané et expression glandulaire fait la base de notre technique, dans ces cas. La peau est généralement friable, et ne résiste pas au choc de la douche filiforme. De grands lambeaux d'épiderme peuvent être ainsi détachés en un clin d'œil, mettant à nu le réseau vasculaire que nous attaquons et détruisons, surtout aux points de dilatation et d'arborisation.

Nous procédons par petites surfaces d'abord, afin de ne pas impressionner le malade qui voit son sang couler, et sa joue prendre l'aspect d'une véritable éponge sanglante. Cette hémorrhagie en nappe est d'ailleurs très rapidement arrêtée par un tamponnement.

L'exsudation séreuse qui lui succède est toujours très abondante. On la tamponne, elle se dessèche, et forme des croûtes qui sont de moins en moins volumineuses, au cours du traitement.

L'épiderme qui se reconstitue, sans cicatrices, après la chute de ces croûtes, est beaucoup plus ferme, beaucoup plus pâle, de meilleure qualité. Les glandes sébacées sont atrophiées, leurs pores resserrés ; les dila-

tations vasculaires détruites expliquent que cette pâleur puisse être durable.

Suivant l'importance et l'ancienneté des lésions à traiter nous avons dû faire de 3 à 15 séances pour guérir ou améliorer très sensiblement les malades atteints de couperose ou d'acné rosacée. A lire les quelques observations que nous avons rapportées ci-dessus, et chez tous les autres malades que nous avons traités, l'on devine les difficultés que nous avons eues à lutter contre un fonctionnement très défectueux du tube digestif, fréquemment associé à un état d'irritabilité marquée du système nerveux. Et ces troubles étaient installés depuis très longtemps ainsi qu'il est habituel dans ces formes. Le traitement général est donc indispensable. La douche comme traitement local associe son action de décappage, de curettage, à son action de massage, peut-être aussi à son action réflexe sur le système nerveux vaso-sécrétoire.

Nous n'avons jamais eu à constater de poussées inflammatoires chez nos malades traités, même chez ceux dont la peau très irritable exigeait des précautions quand on employait les topiques habituels. C'est dire que la douche peut être employée sans risques aucuns, pour le traitement de l'acné rosacée dans toutes ses formes et à toutes ses périodes, avec un résultat au moins égal, bien souvent supérieur à celui qu'on obtient avec les autres procédés de thérapeutique locale. Ce résultat favorable étant aussi plus rapidement obtenu.

D. — Observations d'Acné papulo pustuleuse miliaire récidivante de la face.

Observation I. — Madame L..., 30 ans, sténographe, est atteinte depuis deux mois d'acné miliaire de la face. Eléments très abondants sur fond congestif, siégeant sur les joues, le menton, le nez, qui la défigurent complètement. Malade très nerveuse, ayant des troubles de fonctionnement du tube digestif (bouffées de chaleur après les repas, constipation, céphalée) et de la circulation (règles peu abondantes, extrémités froides et cyanosées, engelures l'hiver).

Nous prescrivons le régime, et de la valériane.

Séances de douche filiforme à 30°, d'abord, puis à 35°, 40° et 45 . Jet de 1/2 millimètre, puis de 1 millimètre de diamètre. Pression à 5 et 6 atmosphères les premières séances, puis à 7 et 8 lors des dernières.

Au cours de chaque séance, nous avons cherché à produire, non seulement un massage local, mais une excoriation de toutes les papulo-pustules.

Nous n'avons pas eu, chez cette malade, de signes généraux indiquant une action sur le grand sympathique, comme dans les observations suivantes :

Après la 4e séance de douche, nous avons constaté l'affaissement et la disparition des éléments acnéïques des joues. En même temps, l'épiderme de ces régions, qui se laissait facilement entamer, est devenu plus résistant, — indiquant l'amélioration nette de la dermatose.

Dans les 4 séances suivantes, nous avons monté à 7 et 8 atmosphères notre pression. Nous n'avions plus à traiter que les éléments du menton, et des commissures des lèvres.

Enfin, pendant les 3 dernières semaines, nous avons procédé à un massage général des joues, du nez et du menton, rencontrant partout une peau résistante, quelques très rares éléments d'acné qui eux-mêmes ont bientôt disparu.

La malade a terminé son traitement en 11 séances espacées sur un mois et demi. La peau est lisse, non érythémateuse, sans aucune papulo-pustule d'acné miliaire. Une légère pigmentation marque la trace des éléments excoriés, qui disparaît d'ailleurs au bout d'une quinzaine de jours.

La malade est revenue nous voir plusieurs fois depuis six mois, et sa guérison persiste.

Observation II. — Madame D..., 27 ans, sans profession (malade confiée à nous par M. Brocq). Eruption papulo-miliaire de la face, sur peau en apparence saine. Eléments très abondants sur les deux joues. Très jolie femme, plutôt nerveuse de tempérament. Très énergique. Nous ne trouvons rien qui puisse expliquer l'apparition soudaine de cette éruption qui la désole.

Nous faisons une application très courte de douche à 6 atmosphères, 45°, 1/2 millimètre de diamètre, sur une petite surface de la joue. Quelques papulo- pustules sont ainsi excoriées, et nous provoquons passagèrement une vaso-dilatation intense.

Le soir même, la malade se plaint d'une courbature générale intense avec céphalée, insomnie. Elle sent que ses membres sont lourds comme du plomb, et elle n'arrive que péniblement à les soulever.

Cet état dure 24 heures, pendant lesquelles la malade n'a aucun appétit, se plaint d'avoir la tête comme vide.

Puis tous ces pénomènes généraux s'atténuent, et disparaissent en même temps que s'affaissent les papulo-pustules d'acné miliaire, non seulement au niveau de la région que nous avons douchée, mais aussi sur le reste de la figure. Et, en 48 heures, le visage de la malade a repris un aspect tout à fait normal, à part les quelques croutes des pustules que nous avions excoriées, croutes qui tombent au bout de 5 jours sans laisser de cicatrices.

Nous avons revu cette malade quelque temps après sa guérison, et elle nous a appris qu'elle avait été toujours particulièrement sensible à l'action des agents physiques ou chimiques. Ce qui nous a expliqué l'apparition des phénomènes réflexes, chez elle, après une séance de douche aussi faible et aussi courte.

La guérison s'est maintenue depuis 4 mois.

Observation III. — Mademoiselle L..., 25 ans, repasseuse. Acné miliaire sur fond de couperose datant de 1916 avec poussées extensives intermittentes.

Les lésions siègent sur les deux joues, sous forme de larges placards érythémateux avec quelques petites dilatations vasculaires et un semi de petits éléments papulo-pustuleux, extrêmement cuisants, prurigineux. Quelques éléments sur le menton.

Le tube digestif fonctionne mal, et le système nerveux est très excité (traitement institué).

En février 1920, nous avons fait 3 séances de douche, avec 5 et 6 atmosphères de pression, 48°, et le 1/2 millimètre de diamètre. Nous avons excorié les papulo-pustules, quelques arborisations vasculaires et massé très énergiquement les placards érythémateux.

Les joues sont guéries à la suite de ce traitement et la chute des croutes laisse voir un épiderme souple, lisse, et beaucoup moins congestif.

Deux séances supplémentaires, avec une pression plus forte (7 athm.) ont eu raison en mars des lésions du menton.

Observation IV. — Madame Q..., 28 ans, artiste. Acné papulo-pustuleuse de toute la figure. Eléments d'acnés très volumineux, sur peau très séborrheïque. Malade très nerveuse. Troubles digestifs marqués. Coprostase.

(Régime ; prescriptions diététiques et sédatifs nerveux sont ordonnés, comme thérapeutique de base).

Localement, nous n'avons pu faire d'abord (nervosisme de la malade) que de très courtes séances de douche filiforme, à faible pression 4,5 et 5 atmosphères, au début). Peu à peu, nous avons augmenté la durée des séances, et la pression (jusqu'à 7 et 8 atmosphères) pendant quelques minutes entrecoupées de pauses. Température 38 à 40°, diamètre 1/2 millimètre.

Au cours des 3 premières séances (à 4,5 et 5 athm.), nous faisions sauter les points acnéïques, plutôt pustuleux que papuleux. Les croutes étaient très lentes à se détacher (8 à 10 jours) ; quelques-unes suppuraient : la détersion des pustules était insuffisamment faite avec ces petites pressions.

Dans les 3 séances suivantes, ayant pu augmenter notre pression jusqu'à 7 et 8 atmosphères, nous avons pu constater combien nous avions raison, car l'amélioration a été tout de suite très rapide et d'une façon très nette. Les croutes sont devenues beaucoup moins épaisses et se détachaient très facilement en 4 et 5 jours. La peau de la malade, brassée plus énergiquement, devenait beaucoup moins séborrhéïque (par expression des glandes et par resserrement des pores de la peau, d'une part — et aussi certainement par action réflexe à distance).

Après la 4e et 5e séance, en effet, la malade a ressenti quelques troubles généraux : asthénie, courbature, vertiges, inappétence, insomnie. Ces symptômes ont persisté pendant 12 à 24 heures. Depuis, les poussées acnéïques se sont arrêtées et nous avons pu terminer en 7 séances notre guérison.

La malade a été revue depuis. La peau est souple, lisse, sans aucune cicatrice ni pigmentation. Elle n'est plus séborrheïque. L'acné n'a plus reparu.

Conclusions particulières au traitement de l'acné papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face :

« Un des caractères les plus importants de cette affection, « est sa désespérante ténacité et ses retours offensifs, dit M. Brocq, — et plus loin —, « les malades atteints de cette affection ont presque toujours une peau des plus irritables ;

Nous pouvons affirmer qu'aucune des acnés miliaires que nous avons traitées n'a été irritée par notre douche filiforme. Seule la malade de l'observation IV faisait de la suppuration et de nouvelles poussées quand nous n'employions que de faibles pressions (4 et 5 atmosphères). Dès que nous l'avons traitée plus énergiquement, l'affection a été en s'améliorant, et la guérison a été obtenue malgré un fonctionnement encore défectueux du tube digestif.

Le facteur nerveux, d'après toutes nos observations, est le facteur capital. dominant, de l'évolution de cette dermatose. C'est pour cette raison surtout que nous préconisons son traitement par la douche filiforme. Non pas que nous prétendions la guérir tout à coup : les malades atteints d'acnés miliaires sont parmi les plus difficiles que nous ayons eu à traiter (à chaque séance, que de discours, que de paroles échangées avant, pendant et après !), et nous ne rapportons pas ici les observations des malades qui nous ont quittés après quelques séances : il s'agissait de véritables névrosés, les uns à forme dépressive, mélancolique, les autres obsédés, impulsifs, tous déséquilibrés de la volonté, qui sont partis sans savoir pourquoi (nous en avons

revu plusieurs, qui nous l'ont avoué ou l'ont avoué à d'autres qu'à nous).

Mais ceux que nous avons traités sérieusement, que nous les ayons guéri ou non, étaient tous de grands nerveux. Et ceux sur lesquels notre traitement avait une action sont ceux chez lesquels nous avons pu calmer le système nerveux et souvent chez lesquels se sont produits ces phénomènes réflexes sympathiques. Leur déclanchement a eu vraiment une action des plus nettes sur la guérison rapide de leurs acnés miliaires récidivantes.

Donc règles générales de traitement : Beaucoup de douceur dans la progression des pressions, avant d'arriver à de grosses pressions, généralement (7 à 8 atmosphères).

Enormément de patience pour bien prendre en confiance son malade et pouvoir diriger non seulement son hygiène générale, mais encore son moral, et enfin son traitement local.

Si nous obtenons, outre des modifications locales de l'éruption, mais encore des symptômes d'ordre réflexe, nous arrivons en quelques séances à la guérison de cette affection désespérante.

CLASSE II

Dermatoses dans lesquelles on peut employer la douche filiforme quand les autres procédés ont échoué :

A) Les éruptions chroniques et torpides de lichen plan, prurigineuses ou non.

B) Les éczémas chroniques plus ou moins lichénifiés.
Les psoriasis chroniques.
Les parakératoses psoriasiformes (formes sèches).

A. — Observations de lichen plan.

Observation I. — Monsieur C..., 32 ans, boulanger, avait eu, sept mois avant que nous le voyons, un lichen plan aigu généralisé qui a été traité d'abord par l'Auto-Hémothérapie (10 injections en 2 mois 1/2).

Amélioration du prurit dès la première injection.

De la 5e à la 10e, la guérison a été à peu près complète et s'est maintenue. Mais quelques éléments de lichen ont toujours persisté, légèrement prurigineux, sur la poitrine et au niveau des reins.

Nous lui avons fait sauter, en une séance, toutes ses papules de lichen, à 5 atmosphères de pression et 48°, 1/2 millim. de diamètre, mettant à nu le derme sous-jacant.

Hémorragie minime, tamponnement et poudre de talc. Six jours après, les croutes tombaient. Plus de papules de lichen, plus de prurit.

La guérison s'est maintenue depuis quatre mois.

Observation II. — Monsieur L..., 40 ans, chauffeur. Son lichen datait de septembre 1920. Il avait été traité et nettement amélioré par l'autohémothérapie (10 injections), mais, vers la fin de ce traitement, il fait une nouvelle poussée de papules.

On le traite sans succès pendant quelque temps avec diverses pommades et il vient nous voir en mars 1921, ayant encore des éléments disséminés de lichen plan à la ceinture et sous les bras.

Nous lui faisons sauter toutes ses papules de lichen plan en une séance de douche filiforme à 6 et 7 atmosphères, 48° de température, 1/2 millimètre de diamètre du jet.

Le soir de la séance, insomnie, et, dans les 2 ou 3 jours qui suivent, phénomènes de courbature générale surtout marqués au niveau des membres inférieurs. Le prurit disparait complètement. Après chute des croutes, l'épiderme reste pigmenté pendant trois semaines, puis reprend un aspect normal. Les papules n'ont plus reparu depuis.

Observation III. — Madame T..., 38 ans, femme de ménage (malade envoyée par le docteur Hudelo). Madame T... a un lichen plan qui date de mai 1920, rebelle aux traitements antérieurs et habituels.

Quand nous la voyons au mois de novembre, elle présente une vingtaine d'éléments de lichen plan dont quelques-uns réunis en placards au niveau des deux creux poplités.

Prurit très marqué, début de lichénification secondaire. La malade est des plus variqueuses, ce qui nous obligera à conduire très prudemment notre traitement.

Première séance, le 20 novembre, à 30°, 7 athmosphères, 1/2 millimètre.

Nous faisons sauter toutes les plaques de lichen lichénifiées, ainsi que les éléments purs de lichen plan isolés ou conglomérés. Le prurit disparaît pendant 10 jours.

Un peu d'infection secondaire au niveau d'un des éléments exulcérés (pansement à l'eau d'alibour et nitrate).

Le 2 décembre, le 9 et le 14 décembre, petites crises de prurit pendant 2 minutes. Nous faisons chacun de ces jours une nouvelle séance de douche à 6 atmosphères et 37°.

A la suite de ce traitement par 4 séances de douche filiforme, la malade a été complètement débarrasée de son prurit pendant plus de trois mois. L'épiderme du creux proplité était redevenu tout à fait souple, sans aucune lichénification ni papule de lichen plan.

Une pigmentation, en voie de régression progressive marquait seulement la place des éléments que nous avions traités.

Le 22 mars, la malade est revenue nous voir ayant fait une douzaine de nouveaux éléments de lichen plan assez prurigineux.

Nous l'avons douchée deux fois le 22 et le 31 mars, à 6 athmosphères et 50°, 1/2 millimètre.

Les lésions ont été complètement détruites, la cicatrisation a été parfaite et, depuis cette époque, la malade n'a plus eu de nouvelles poussées de lichen.

Observation IV. — Monsieur G..., 42 ans, wattmann. A déjà été traité pour lichen plan, en 1913, par notre ami le docteur Desaux, dans le service du docteur L. Brocq, par la douche filiforme. On avait été jusqu'au purpura des éléments de lichen. Trois semaines après une unique séance, le lichen avait disparu.

Monsieur G... revint donc pour se faire traiter par la douche en avril 1921, ayant fait une poussée de lichen généralisé assez prurigineux 15 jours avant que nous le traitions.

Nous lui avons fait 4 séances de douche filiforme à 7 et 8 athmosphères, 48°, 1/2 millimètre de diamètre, n'ayant pu traiter tous les éléments de lichen à chaque séance tant ils étaient nombreux.

Nous n'avons constaté, au cours de notre traitement, aucune poussée d'éléments nouveaux, mais seulement des crises de

prurit *sine materia* localisées un peu partout : est-ce notre traitement qui a provoqué ces métastases prurigineuses ?

Est-ce le régime alimentaire suivi par le malade ? (Nous avons appris à l'avant-dernière séance que, de peur de l'anémie, il se gorgeait de café et d'œufs.)

Toujours est-il qu'après la dernière séance et quand le malade a suivi un régime alimentaire convenable, le prurit a complètement disparu. Les papules de lichen plan ne se sont pas reproduites.

Observation V. — Monsieur B..., 55 ans, lamineur en métaux précieux, a fait, l'année dernière, un prurit généralisé très violent *sine materia*.

Au mois de décembre 1920 apparaît un lichen plan avec prurit intense et lichénification secondaire.

Quand nous le voyons, en mars 1921, Monsieur B... présente de très nombreux éléments de lichen plan disséminés sur tout le corps. Au niveau des jambes, les éléments sont réunis en larges placards très lichénifiés.

Après une première séance légère d'entraînement, nous faisons une deuxième séance de douche filiforme. Nous attaquons toute la surface interne de la jambe droite avec un jet de 1/2 millimètre de diamètre, une pression de 7 atmosphères et 50° de température. Nous décappons entièrement les éléments de lichen et lichénification, mettant à nu le derme. La séance est très courte (2 minutes). Hémorragie en nappe que nous arrêtons par tamponnement, compresse stérile pour protéger des frottements.

Le soir même, le malade est pris de frisons, de tremblement pendant 5 heures de suite, ne parvenant pas à se réchauffer ; asthénie marquée, anorexie avec bouche sèche.

Le lendemain, le prurit avait complètement disparu.

Nous avons revu le malade au bout de quelques jours parce qu'il avait infecté secondairement la plaie (malade particulièrement sale et peu soigneux).

La cicatrisation s'est faite très vite malgré cela.

Sur le reste du corps, les éléments de lichen et de lichénification se sont affaissés et ont disparu progressivement.

Malade revu fin mai. La guérison est complète.

Conclusions particulières au traitement des lichens plans

Nos prédécesseurs avaient eu des poussées de lichen plan quand ils avaient utilisé la douche filiforme pour traiter des lichens plans aigüs. Nous n'avons soigné qu'un cas de ce genre, et n'avons pas vu de nouveaux éléments apparaître sous notre jet : la pression doit, là, aussi, jouer un rôle important : nous avons systématiquement dans le lichen plan employé des pressions assez fortes (généralement 6 et 7 atmosphères), dans ce cas de lichen récent comme dans nos autres cas de lichen chronique.

L'action élective de la douche sur le tissu malade se manifeste une fois de plus et sert même à dépister les papules dans les régions pileuses. Chez notre malade de l'observation I, à la poitrine particulièrement velue, nous promenions notre jet, qui mettait en évidence les papules assez pâles du lichen, produisant une tache purpurique, puis une petite vésicule hémorrhagique. Nous insistions alors un peu plus sur chacun des points rouges ainsi révélés, et dès que la vésicule hémorrhagique était rompue, nous en étions immédiatement avertis par la disparition de cette tache rouge, la douche dispersant immédiatement le peu de sang qui s'écoulait de la petite surface de derme mise à nu.

Il faut de 10 à 30 secondes pour excorier chaque papule de lichen plan, même avec lichénification, et une application suffit.

Comme pour les autres dermatoses que nous avons signalées jusqu'à présent, le tamponnement de la petite plaie et la poudre de talc constituent tout notre pansement. Les croûtes tombent en 4 à 6 jours, mettant à nu un épiderme d'aspect et de résistance normaux, légèrement pigmenté, pendant une quinzaine de jours encore.

Aucune cicatrice consécutive.

Nous avons constaté plusieurs fois des symptômes généraux analogues à ceux qui sont relatés dans les observations II et V, et chaque fois ces phénomènes à allure nerveuse ont annoncé la guérison définitive du prurit.

B. — Observations d'eczémas, de psoriasis et de parakératoses psoriasiformes sèches (formes chroniques.)

Observation I. — Madame C..., 70 ans, femme de ménage, a été soignée, il y a 5 ans, dans le service du docteur Brocq, pour un eczéma des mains et des jambes. Depuis cette époque, elle a fait plusieurs nouvelles poussées. Il y a 5 mois, ses lésions se sont lichénifiées, étant le siège d'un prurit intense qui forçait la malade à se gratter continuellement.

Après avoir suivi sans résultat tous les traitements (pommades, électricité, etc.), la malade nous arrive en janvier 1921. Elle présente d'énormes placards d'eczéma lichénifié et pigmenté au niveau de la cuisse et de la jambe droite, et sur le dos des mains ; la malade se plaint d'un prurit intense.

Nous commençons notre traitement le 27 janvier, à 45°, 6 athmosphères et un millimètre, et le continuons les 3, 7, 11 et 18 février, faisant des séances de 5 à 10 minutes de durée totale avec intervalles de repos. Nous n'obtenons pas de destruction de l'épiderme attaqué ; les parties traitées au cours d'une séance ne démangent plus, mais il y a de véritables métastases prurigineuses sur les parties non traitées. Dans l'ensemble, cependant, la malade accuse un soulagement général, les crises de prurit ayant diminué d'intensité et de fréquence.

Le 14 février, la malade qui s'est blessée au pied, et a fait une adénite inguinale inflammatoire, rentre dans le service du docteur Brocq.

Nous ne pouvons la traiter pendant un mois, à cause de sa plaie, et on lui met des pommades au goudron sur son eczéma lichénifié, sans réussir à calmer ses crises de prurit.

Enfin, le 5 avril, nous reprenons son traitement par la douche ; nous augmentons la pression jusqu'à 7 et même 8 atmosphères. Nous décappons l'épiderme, sans arriver jusqu'à l'hémorragie. En 3 séances faites sur la cuisse et la jambe, nous guérissons complètement le prurit, aussi bien des surfaces traitées que des autres. Les placards lichénifiés desquament dans les jours qui suivent, la pigmentation s'atténue. La guérison s'est maintenue depuis près de deux mois déjà.

Observation II. — Madame N..., 50 ans, rentière, a déjà été soignée à La Bourboule, il y a deux ans, pour un eczéma lichénifié du front et des sourcils. On lui a fait de la douche

filiforme, mais avec un jet beaucoup plus gros et une pression bien moins forte, nous dit-elle, que celle que nous employons. L'épiderme est très épaissi, ayant la consistance du carton ; les plis sont très profondément marqués et gros : lichénification intense.

Nous pouvons, très rapidement, avec un jet de 1/2 millimètre de diamètre et 48° de température, atteindre les pressions de 7, 8, 9 et 10 athmosphères qui sont nécessaires pour décapper cette lichénification.

En procédant par petits secteurs, en 6 séances nous avons réussi à rendre à toute la peau du front sa souplesse normale. Nous ne craignons pas d'aller jusqu'à l'hémorragie. Cette hémorragie était d'ailleurs minime. Le suintement séreux aussi, et les croutes tombaient en 6 à 8 jours.

Observation III. — Mademoiselle A..., 12 ans, a depuis plus d'un an des éléments de psoriasis disposés en bande sur la face postero-interne du mollet et sur la malléole interne de la jambe droite, éléments qui ont été traités sans succès par les pommades cadiques et au goudron.

Nous avons fait deux séances de douche filiforme sur l'ensemble de ces éléments psoriasiques, à une pression de 6 et 7 atmosphères, 45° et 1/2 millimètre, les décappant complètement jusqu'au derme. Les croutes tombaient en 8 à 10 jours et les éléments n'ont plus reparu aux endroits douchés.

Observation IV. — Madame D..., 35 ans, ménagère, a eu déjà plusieurs poussées de psoriasis : la dernière, qui date de 6 mois, a laissé 3 à 4 éléments de psoriasis au niveau des jambes qui ont résisté aux traitements habituels. Nous lui avons fait trois séances ; chaque plaque de psoriasis était décappée soigneusement en une seule séance, mettant à nu le derme. Pansement aseptique. Les croutes sont tombées entre le 5e et le 9e jour, suivant l'importance des plaques traitées.

Nous avons revu cette malade 15 jours après la chute des dernières croutes ; l'épiderme était souple, pigmenté au niveau des plaques de psoriasis traitées, mais sans lésions de psoriasis.

La malade nous a envoyé de ses nouvelles depuis ; le psoriasis n'a plus reparu.

Observation V. — Mademoiselle G..., 25 ans, sténo-dactylo, présente depuis 6 mois, au niveau du creux sus-claviculaire

droit, une plaque de parakératose psoriasiforme sèche et lichénifiée qu'elle aurait soigné sans succès par des pommades, de la teinture d'iode, etc.

Nous lui avons fait d'abord 3 séances à 6 jours d'intervalle avec un jet de 1/2 millimètre de diamètre, 40° et 7 et 8 atmosphères de pression. La plaque s'est fendillée, puis décappée en lamelles, comme écaillée; après cette 3e séance, il reste encore un peu d'épaississement à la partie inférieure, le reste de la lésion est tout à fait souple maintenant et de coloration normale.

Nous essayons pendant 8 jours des applications d'emplâtre de Vigo pour terminer la guérison de cette plaque de parakératose; mais devant l'insuccès de notre tentative, nous faisons une dernière séance de douche sur la partie inférieure qui était encore un peu épaissie. Un mois après, peau tout à fait normale. Il est impossible de retrouver l'endroit où siégeait la plaque de parakératose que nous avions traitée.

Observation VI. — Monsieur B..., 38 ans, mécanicien. Nous rapportons encore cette observation qui a la valeur d'une expérience.

Monsieur B..., depuis des mois, avait, sur la crête tiliale g., deux plaques de parakératoses psoriasiformes sèches, qui de temps en temps le démangeaient un peu, mais qui, dans l'ensemble, ne le gênaient pas assez pour qu'il se fit soigner. Il est seulement venu nous consulter en décembre 1920 quand ces plaques, d'abord grandes comme une pièce de 5 francs, se sont mises à grandir.

Nous avons commencé le traitement par la douche sur l'une d'elles, et avec 1/2 millim. de diamètre, 7 atmosphères et 40° nous avons curetté soigneusement cette plaque jusqu'au derme.

Nous devions faire une séance de douche sur l'autre plaque, mais le malade n'a plus eu la facilité de quitter son travail et nous avons dû le traiter par les moyens ordinaires. Or, la plaque traitée par la douche a été guérie avec cicatrisation parfaite en 15 jours, tandis que la plaque traitée par le goudron, les applications de vigo, le nitrate a mis 5 mois à disparaître.

Conclusions particulières au traitement des eczémas, psoriasis et parakératoses chroniques

Nous n'avons, pour notre part, jamais traité de ces affections en poussées aigües. Nous ne pouvons donc pas discuter l'opinion des auteurs qui s'étant occupé avant nous de cette question, ont rejeté des indications thérapeutiques de la douche les formes aigües des éruptions cutanées. Il faudrait en reprendre l'étude avec les moyens dont nous disposons actuellement, et l'emploi, que nous préconisons, des grosses pressions.

Tout ce que nous pouvons dire à ce sujet, c'est que jamais, tant chez les malades dont nous rapportons ici les observations, que chez tous ceux des mêmes catégories que nous avons eu à traiter par la douche filiforme, nous n'avons eu de poussées d'éczématisation des lésions.

Résumons notre technique : grosse pression, nécessaire et suffisante pour décapper ou excorier les éléments d'eczéma chronique de parakératose psoriasiforme ou de psoriasis. En une séance ou deux nous avons eu raison des lésions les plus rebelles ainsi attaquées. L'épiderme se reforme parfaitement sain, sans cicatrices, et la pigmentation qui suit l'application de la douche disparaît progressivement en deux ou trois semaines.

CLASSE III

Dermatoses dans lesquelles la douche filiforme, bien employée, peut donner d'emblée des succès, ou tout au moins rendre de grands services en dégrossissant les lésions.

A) Lupus vulgaire (exedens et non exedens), sauf ceux avoisinant les orifices).

B) Lupus érythémateux fixe.

A. — Observations de lupus vulgaire

Observation I. — G..., 5 ans, salle Bazin (malade confié par le docteur Hudelo). Cet enfant est traité depuis un an dans le service. En mai 1920, il est noté dans son observation : trois foyers étendus de lupus tuberculeux excedens : un à la plante du pied, un autre sur le bord interne, le 3e sur tout le dos du pied, envahissant la racine des orteils (pied gauche).

Séances de Finsen d'abord, puis scarifications, attouchements au permanganate, au nitrate, au chlorure de zinc. Cautérisations au thermo alternent avec curettage (mai, juin, juillet, octobre). Plusieurs poussées inflammatoires et plusieurs poussées lupiques pendant toute cette période.

M. Hudelo n'obtenant aucune amélioration sensible nous confie le malade. Le 14 novembre, sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle, nous attaquons à la douche les lésions fongueuses du dos du pied (7 atmosphères, 40°, 1/2 millimètre). Nous curettons très énergiquement cette surface lupique qui saute avec la plus grande facilité, mettant à nu des travées sanglantes de tissu sain, résistant à la douche, sur une largeur d'une petite paume de main.

La séance dure en tout environ 5 minutes. Le tamponnement arrête très facilement l'hémorragie. Pansement stérile, puis au sous-carbonate de fer. Toutes les lésions du dos du pied cicatrisent très bien.

Le 1er décembre, on commence un traitement par les injections quotidiennes de Pélospanine (2, puis 3 et 4 cm3) qui paraissent, dès la 6e injection, avoir accéléré l'amélioration des lésions ; nous lisons, sur l'observation rédigée dans le service du docteur Hudelo : « L'amélioration déjà constatée avant la Pélospanine est devenue si importante que les lésions semblent cicatrisées. »

Le traitement par la Pélospanine est continué par deux séries de 20 injections chacune.

Le 16 mars, on note : « amélioration, mais persistance d'ulcérations à la face antérieure de la base des orteils (que nous avions moins douché que la surface du dos du pied) et sur le bord du pied (non traité par la douche).

Le 6 mars, M. Hudelo nous renvoie le petit malade pour une nouvelle séance de douche filiforme. Nous constatons que toute la surface du dos du pied est cicatrisée : peau souple, sans trace de grains lupiques.

Il reste trois foyers de lupus sur le bord interne du pied, et deux foyers à la racine du 2e et du 3e orteil. Jet de 1/2 millimètre, 45°, 8 athmosphères. Chlorure d'éthyle général. Nous curettons les foyers ci-dessus en quelques minutes. Pansement stérile.

Nous avons revu depuis le petit G... La surface lupique a encore bien diminué. M. Hudelo, dans une communication orale, nous a donné son opinion sur le traitement par la douche subi par ce malade : le curettage par la douche a eu de meilleurs résultats que ceux faits avec l'instrument tranchant. Une grosse surface lupique a été bien curettée, et les points isolés qui subsistent pourront maintenant être traités avec chance de succès par les moyens habituels (galvano-cautère par exemple).

Observation II. — Monsieur B..., 56 ans, cordonnier. Eléments de lupsus non exedens disséminés sur les deux bras, le nez, l'angle externe de l'arcade sourcillière gauche et le cuir chevelu.

Le 17 mars, nous traitons un élément lupique ayant la taille d'une pièce de 0,50 sur la face externe du bras droit, à 7 athm. 5, 48°, 1/2 millim. (sans anesthésie). Curettage soigneux en 2 minutes.

Le 31 mars, nous traitons deux autres éléments de même taille siégeant au poignet gauche et à l'angle externe de l'arcade sourcillière gauche (8 atmosphères, 1/2 millimètre, 45°). Les croutes ont mis 15 jours à tomber. Cicatrices parfaites. Aucun élément lupique n'est plus visible.

[Sur ce malade on a fait, concurremment, une ablation chirurgicale d'un autre élément lupique et un traitement par la neige carbonique.]

La douche a donné des résultats meilleurs et beaucoup plus rapides que les autres procédés.

Nous avons enfin traité, par la douche à 8 atmosphères, une large surface lupique du cuir chevelu. Malgré un curettage très soigneux, nous avons eu quelques points de lupus qui n'ont pas été détruits et que nous avons alors traités par la cautérisation.

Observation III. — Monsieur F..., 9 ans. Erythème induré de Bazin, développé depuis plus d'un an sur la jambe. Fait à l'anesthésie locale à la novocaïne. 8 atmosphères, 45°, 1/2 millimètre. En une minute, la lésion est décappée, curettée.

La croute est tombée en 15 jours. Cicatrice légèrement déprimée, souple.

B. — Observations de lupus érythemateux fixe.

Observation I. — Monsieur S..., 38 ans, mécanicien. A commencé il y a 4 ans à présenter un lupus érythémateux fixe de la pointe du nez, descendant sur les ailes des deux côtés.

Nous lui faisons une séance de douche (sans anesthésie) à 42°, 8 athmosphères, 1/2 millimètre. Le tissu lupique saute et la surface cruentée mise à nu est douchée vigoureusement pendant deux minutes environ.

La croute tombe au bout de 10 jours; par prudence, nous refaisons, un mois après, une seconde séance de douche à 7 atmosphères 5, insistant sur la bordure : tissu beaucoup plus résistant, mais qui est tout de même excorié par notre jet.

Nous avons revu ce malade 3 mois après. Peau souple, tout à fait normale d'aspect, sans cicatrice. Aucune trace de son lupus.

Observation II. — Mademoiselle P..., 28 ans, institutrice. Lupus érythémateux fixe du nez et des lobules des oreilles.

Nous lui avons fait 8 séances de douche filiforme, sans anesthésie, tant sur le nez que sur les oreilles. Nous avons dû traiter deux fois chacune des surfaces malades, car le lupus s'était reproduit. D'ailleurs, chez cette malade, nous n'avons pas dépassé 6, rarement 7 atmosphères, et nous estimons que cette pression est généralement insuffisante. Nous avons guéri cependant une partie des lésions, avec une cicatrice légèrement déprimée d'abord, mais qui s'est mise rapidement de niveau avec les tissus avoisinants.

La malade est en cours de traitement ; ses lésions lupiques sont pour la plupart guéries actuellement.

Conclusions particulières au traitement du lupus vulgaire et du lupus érythémateux fixe :

Notre conclusion — celle qui découle des observations que nous avons rapportées ici, comme des observations des autres malades que nous avons traités, — c'est que la douche filiforme a beau être « une curette intelligente », elle n'arrive pas toujours, automatiquement à détruire le tissu malade. Nous avons pourtant employé toute la rigueur possible dans la conduite de nos traitements, et nous avons mis tout notre soin à curetter à fond et dans toute leur étendue les surfaces de lupus érythémateux ou de lupus vulgaire. Quand il s'agissait de lésions très limitées, nous sommes généralement arrivés en une séance à guérir définitivement les lésions. Mais dès que les plaques lupiques étaient un peu étendues, nous avions toujours une guérison partielle, et quelques points avaient échappé au curettage. Cela tient-il à la nature même des lésions, et à la marche extensive vers la périphérie du processus tuberculeux, nous le croyons.

Nous insistons donc sur ce point, que la douche filiforme n'a pas modifié les règles générales de conduite du traitement des lupus, posées par notre maître, M. le Dr Brocq. — Il ne faut pas vouloir faire rendre à la douche filiforme plus qu'elle ne peut donner. — et nous estimons que dans la majorité des cas, la douche ne peut être un traitement radical d'emblée des lupus (pas plus que tout autre mode thérapeutique actuellement en usage).

Mais il faut lui reconnaître une supériorité : son curettage électif du tissu malade, et sa rapidité d'action. En 4 à 5 minutes, on curette des surfaces grandes comme une paume de main. Et pour qui sait le temps

et la minutie qu'il faut mettre dans un curettage instrumental, ou dans une séance de scarifications cela n'est pas déjà un mince avantage. Que des récidives en bordure se produisent, que des points lupiques isolés soient constatés après cette séance de douche filiforme, reconnaissons qu'on a gagné quand même un temps énorme sur les autres modes de traitement, des semaines et souvent des mois.

En 15 jours, on est arrivé, s'il s'agit de lupus vulgaire, à la période des tubercules isolés de E. Vidal, et même souvent déjà à la période dite de perfectionnement de M. Brocq. De même pour le lupus érythémateux fixe, on n'aura que quelques petites récidives en bordure.

Nous conseillons alors, plutôt que de faire de nouvelles séances de douche filiforme, la fine pointe du galvano, le cryocautère ou la scarification pour traiter et guérir ces reliquats de lupus.

Ajoutons enfin que les cicatrices sont très belles, souples, aussi peu déprimées que possible, et nous trouvons que ce sont, à l'actif de la douche filiforme des titres assez intéressants pour qu'on puisse la recommander nettement comme procédé rapide de « dégrossissage » des lésions lupiques, la scarification, le galvano et le cryocautère restant indispensables pour « fignoler » la guérison.

Directives générales du traitement : le maximum de pression (7, 8, et 9 atmosphères), — bien fouiller chacun des points de la surface à traiter. Surveiller presque seconde par seconde l'aspect de la surface curettée ; quand le jet ne détruit plus aucun tissu, on peut espérer avoir détruit tout le lupus. Autant que possible, laisser la croûte se former à l'air libre, et n'utiliser aucune substance chimique, afin d'avoir de belles cicatrices souples.

CLASSE 4

Dermatoses variées :

Noevi.

Verrues planes.

Chéloïdes, plaques de sclérodermie, hyperhydrose, pelade.

Acnés chéloïdiennes, etc.

Observations de dermatoses variées

Observation I. — Monsieur A..., 16 ans, apprenti. Nœvus verruqueux mou de la pointe du nez, traitée en une séance de douche à 8 et 9 atmosphères, 46°, 1/2 millimètre. Excoriation, curettage de la lésion en 2 minutes. La croute tombe au bout de 8 jours. Surface d'abord légèrement déprimée, puis qui s'étale sur le plan de l'épiderme avoisinant, tout à fait souple. Guérison sans cicatrice.

Observation II. — Mademoiselle P..., 32 ans, fermière, a déjà été traitée en 1916 par des pointes de feu pour son nœvus verruqueux zoniforme du front : de la racine du nez jusqu'à la racine des cheveux, petits éléments verruqueux pigmentés en une bande de 4 centimètres de large.

Une seule séance de douche filiforme à 7 athmosphères, 40°, 1/2 millimètre, détruit tous les nœvi ; 15 jours après les croutes, tombées depuis 8 jours, avaient laissé une surface presque absolument lisse, très souple, présentant seulement des poussées congestives à l'occasion d'une émotion, de la digestion ; quelques traces des nœvi sont enlevés lors d'une deuxième séance, un mois après.

Observation III. — Malade soignée par le docteur Desaux, en 1914, pour des verrues planes de la face. Il lui a été fait 3 séances de douches en 8 jours, à 6 athmosphères, 45°, 1/2 millimètre. Toutes les verrues ont été excoriées ; après chute des croutes, la peau, d'abord déprimée, rosée, reprend, dans les semaines qui suivent, un aspect lisse et une coloration normale.

Observation IV. — Mademoiselle H..., 13 ans (malade envoyée par le docteur Hudelo). A été brûlée en novembre 1920 sur la poitrine. La plaie a suppuré longtemps, et des cicatrices chéloïdiennes se sont développées, extrêmement saillantes et douloureuses au moindre contact. La douche à 6, 7, 8 et même 9 atmosphères a cependant été très bien supportée par cette petite malade ; elle paraissait même avoir une action anesthésiante.

Nous avons excorié et détruit le tissu chéloïdien, assez difficilement d'ailleurs, étant donné sa dureté. Mais chaque chéloïde, après traitement, s'affaissait, devenait plus souple et n'était plus douloureuse. L'épiderme se reconstituait avec une

grande rapidité et nous n'avons eu ni suppuration, ni formation de nouvelles chéloïdes.

Conclusions particulières au traitement des dermatoses variées :

Nous avons voulu terminer cette étude de la douche filiforme, traitement de quelques dermatoses, en indiquant un certain nombre d'affections qui nous ont paru, bien que présentant un moindre intérêt pratique, relever d'un des modes d'action de cette méthode thérapeutique.

Si l'on se rappelle que la douche détruit les tissus malades avec le minimun de cicatrice, souvent même sans laisser de trace de son action, qu'elle masse énergiquement les tissus superficiels et profonds, qu'elle a une action réflexe indéniable, on admettra que nous préconisions son emploi chaque fois qu'une de ces indications se rencontrera. Pourquoi ne pas faire une révulsion aqueuse énergique sur une plaque de pelade, au même titre qu'un étincellage de haute fréquence ? Pourquoi ne pas chercher à modifier, autant l'hypersécrétion et la circulation locale, que l'action nerveuse qui est à la base de l'hyperhydrose, avec les mêmes raisons qui nous font agir et obtenir des résultats dans la séborrhée et la couperose ? — Pourquoi ne pas masser, ne pas curetter les plaques de sclérodermie, les acnés chéloïdiennes, etc. ?

Nous ne faisons ici qu'indiquer le champ d'action de la douche filiforme. Nous avons donné, au cours de ce travail, assez de preuves de l'efficacité de ce mode de traitement dans bon nombre d'affections cutanées, pour qu'on nous permette d'anticiper en terminant sur quelques autres possibilités d'action. Nous n'avons pu toutes, les approfondir, bien que nous ayons travaillé

cette question depuis déjà deux ans et presque chaque jour.

Voici pour quelles raisons :

Quand nous avons commencé nos traitements, on nous a surtout confié les malades « désespérants », ceux pour lesquels on avait épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. Et dans la suite, quand des succès sont venus couronner nos efforts, nous n'avons jamais voulu « choisir » nous-mêmes les malades que nous traitions. Nous avons donc reçu tous ceux qu'on nous envoyait. Et comme la douche filiforme est une méthode encore nouvelle, quand il y avait le choix entre notre traitement et un autre, on ne pensait pas d'abord à nous envoyer le malade.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

La douche filiforme consiste à employer un jet d'eau extrêmement fin, ayant 1/2 ou 1 millimètre de diamètre, à une température variant entre 37° et 60°, sous une forte pression, allant de 4 à 10 atmosphères.

Elle agit de deux façons :

1°) *Par son action locale*, véritable « *curette intelligent* », elle détruit électivement les tissus malades, ou bien elle modifie la peau, les vaisseaux, glandes et nerfs par un *massage* de l'épiderme et du derme sous-jacent.

2°) *Par son action vibratoire*, elle provoque des phénomènes réflexes agissant sur le système nerveux sympathique ; cette action à distance retentit, et sur l'équilibre fonctionnel des organes dont la régulation est commandée par le sympathique, et par voie réflexe sur la lésion cutanée dont l'apparition avait été provoquée ou entretenue par un trouble dans le fonctionnement de ces organes.

La douche filiforme, ainsi utilisée, peut être comme **le traitement de choix** des prurits circonscrits avec lichénification ; de la séborrhée et de l'acné polymorphe juvénile ; de la couperose pure et de l'acné couperosique ; de l'éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face.

Elle donne des succès, alors que les autres modes thérapeutiques ont échoué, dans les éruptions torpides de lichen plan, dans les psoriasis rebelles, dans les eczémas chroniques et dans les parakératoses psoriasiformes.

Quand on a à traiter un lupus vulgaire ou un lupus érythémateux, **on devrait tout d'abord s'adresser**

à la douche filiforme, car elle peut guérir le malade avec rapidité, ou tout au moins elle dégrossit la lésion et facilite ainsi singulièrement l'action des autres méthodes thérapeutiques.

La douche filiforme, enfin, peut être employée pour le traitement des nœvi, verrues planes, chéloïdes et acnés chéloïdiennes, plaques de scléroderme, hyperhydrose, pelade, etc.

Nous espérons que notre travail, en vulgarisant la méthode, en montrera le réel intérêt, en fera apprécier les résultats, la constante innocuité, et fera entrer la douche filiforme dans les procédés classiques de traitement des maladies de la peau.

Le Président de thèse,

JEANSELME.

NOËL.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

IMPRIMERIE DE *L'Expansion Scientifique Française*
7, Rue de Valois - PARIS